

老発 0313 第 5 号  
令和 8 年 3 月 13 日

各 都道府県知事 御中

厚生労働省老健局長  
( 公 印 省 略 )

「介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」の  
一部改正について

介護給付費の算定に係る体制等に関する届出等の基準等については、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（令和 6 年 3 月 15 日付け老発 0315 第 1 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により示しているところであるが、令和 8 年度介護報酬改定の実施に向けて、下記のとおり改正し、令和 8 年 6 月 1 日から適用することとしたため通知する。

各都道府県等におかれては、改正内容を御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等とその周知徹底を図るとともに、その取扱いにあたっては遺漏なきよう期されたい。

#### 記

- 1 局長通知の一部を別添 1 の新旧対照表のように改正する。
- 2 局長通知の別紙 1－1 から別紙 1－4 まで、別紙 50 及び別紙 51 を別添 2 から別添 7 までのように改正する。

以上

介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について  
(令和6年3月15日老発0315第1号 厚生労働省老健局長通知)

(傍線部分は改正部分)

| 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>老 発 0315 第 1 号<br/>令和 6 年 3 月 15 日<br/>一部改正 老 発 0 4 1 8 第 1 号<br/>令和 6 年 4 月 18 日<br/>一部改正 老 発 0 3 1 3 第 3 号<br/>令和 7 年 3 月 13 日<br/><u>一部改正 老 発 0 3 1 3 第 5 号</u><br/><u>令和 8 年 3 月 13 日</u></p> <p>各都道府県知事 殿</p> <p>厚生労働省老健局長<br/>( 公 印 省 略 )</p> <p>介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について</p> <p>「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 19 号）、「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 20 号）、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 21 号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 126 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 127 号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 128 号）、「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 129 号）及び「介護保険法施行規則第四百十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」（令和 3 年厚生労働省告示第 72 号）について、それぞれの介護給付費の算定に係る体制等に関する届出に際してその届出項目及び届出様式の記載上の留意点等は下記のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係</p> | <p>老 発 0315 第 1 号<br/>令和 6 年 3 月 15 日<br/>一部改正 老 発 0 4 1 8 第 1 号<br/>令和 6 年 4 月 18 日<br/>一部改正 老 発 0 3 1 3 第 3 号<br/>令和 7 年 3 月 13 日</p> <p>各都道府県知事 殿</p> <p>厚生労働省老健局長<br/>( 公 印 省 略 )</p> <p>介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について</p> <p>「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 19 号）、「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 20 号）、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 21 号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 126 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 127 号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 128 号）、「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 129 号）及び「介護保険法施行規則第四百十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」（令和 3 年厚生労働省告示第 72 号）について、それぞれの介護給付費の算定に係る体制等に関する届出に際してその届出項目及び届出様式の記載上の留意点等は下記のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係</p> |

〈改正後〉

機関等にその周知徹底を図るとともに、その取り扱いにあたっては遺漏なきよう期されたい。

なお「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（平成12年3月8日老企第41号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）については、令和6年3月31日をもって廃止する。

記

第1～第4 （略）

第5 体制状況一覧表の記載要領について

1 各サービス共通事項

①～⑥ （略）

（削る）

2 訪問介護

①～⑪ （略）

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第4号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

3 （略）

4 訪問看護

①～⑬ （略）

⑭ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第10号の2に該当する場合に「あり」と記載させること。

5 訪問リハビリテーション

①～⑩ （略）

⑪ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるた

〈現 行〉

機関等にその周知徹底を図るとともに、その取り扱いにあたっては遺漏なきよう期されたい。

なお、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（平成12年3月8日老企第41号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）については、令和6年3月31日をもって廃止する。

記

第1～第4 （略）

第5 体制状況一覧表の記載要領について

1 各サービス共通事項

①～⑥ （略）

⑦ 10⑨、13⑩、19⑪、20⑫、27⑨及び30⑩については、令和7年8月1日から適用することとする。

2 訪問介護

①～⑪ （略）

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第四号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

3 （略）

4 訪問看護

①～⑬ （略）

（新設）

5 訪問リハビリテーション

①～⑩ （略）

（新設）

め、4 ⑭を準用すること。

6～8 (略)

9 短期入所生活介護

①～⑭ (略)

⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 39 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。なお、施設等の区分が「併設型・空床型」又は「併設型・空床ユニット型」である指定短期入所生活介護事業所の場合は、「併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況」について、該当するものを記載させること。

⑯ (略)

10～13 (略)

14 特定施設入居者生活介護

①～⑱ (略)

⑳ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 44 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

15 特定施設入居者生活介護（短期利用型）

①～⑪ (略)

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。

⑬ (略)

16 (略)

17 居宅介護支援

①～⑦ (略)

⑧ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4 ⑭を準用すること。

18 介護福祉施設サービス

①～⑳ (略)

㉟ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉟を準用すること。

6～8 (略)

9 短期入所生活介護

①～⑭ (略)

⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 39 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。なお、施設等の区分が「併設型・空床型」又は「併設型・空床ユニット型」である指定短期入所生活介護事業所の場合は、「併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰの届出状況」について、該当するものを記載させること。

⑯ (略)

10～13 (略)

14 特定施設入居者生活介護

①～⑱ (略)

⑳ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑫を準用すること。

15 特定施設入居者生活介護（短期利用型）

①～⑪ (略)

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑫を準用すること。

⑬ (略)

16 (略)

17 居宅介護支援

①～⑦ (略)

(新設)

18 介護福祉施設サービス

①～㉟ (略)

㉟ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑫を準用すること。

〈改正後〉

19 介護保健施設サービス

①～③③ (略)

③④ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。

20 介護医療院サービス

①～②⑨ (略)

③⑩ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。

21 (略)

22 介護予防訪問看護

①～①① (略)

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

⑬ (略)

23 介護予防訪問リハビリテーション

①～⑦ (略)

⑧ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

⑨ (略)

24～30 (略)

31 介護予防特定施設入居者生活介護

①～①④ (略)

①⑤ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。

①⑥ (略)

32 (略)

33 介護予防支援（居宅介護支援事業者）

①・② (略)

③ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

34 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

①～①② (略)

①③ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第48号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに

〈現 行〉

19 介護保健施設サービス

①～③③ (略)

③④ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑫を準用すること。

20 介護医療院サービス

①～②⑨ (略)

③⑩ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑫を準用すること。

21 (略)

22 介護予防訪問看護

①～①① (略)

(新設)

⑫ (略)

23 介護予防訪問リハビリテーション

①～⑦ (略)

(新設)

⑧ (略)

24～30 (略)

31 介護予防特定施設入居者生活介護

①～①④ (略)

①⑤ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑫を準用すること。

①⑥ (略)

32 (略)

33 介護予防支援（居宅介護支援事業者）

①・② (略)

(新設)

34 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

①～①② (略)

①③ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第48号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

〈改正後〉

該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

35～37 （略）

38 小規模多機能型居宅介護

①～⑯ （略）

⑰ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 58 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

39 小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

①～⑧ （略）

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑰を準用すること。

⑩ （略）

40 認知症対応型共同生活介護

①～⑲ （略）

⑳ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

41 認知症対応型共同生活介護（短期利用型）

①～⑭ （略）

⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

⑯ （略）

42 地域密着型特定施設入居者生活介護

①～⑱ （略）

⑲ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

43 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）

①～⑩ （略）

⑪ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

44 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

①～㉓ （略）

㉔ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

45 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

〈現 行〉

35～37 （略）

38 小規模多機能型居宅介護

①～⑯ （略）

⑰ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

39 小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

①～⑧ （略）

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑩ （略）

40 認知症対応型共同生活介護

①～⑲ （略）

⑳ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

41 認知症対応型共同生活介護（短期利用型）

①～⑭ （略）

⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑯ （略）

42 地域密着型特定施設入居者生活介護

①～⑱ （略）

⑲ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

3 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）

①～⑩ （略）

⑪ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

44 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

①～㉓ （略）

㉔ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

45 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

①～②⑥

②⑦ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑪を準用すること。

46 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）

①～⑧ （略）

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑪を準用すること。

⑩ （略）

47 （略）

48 介護予防小規模多機能型居宅介護

①～⑫

⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑪を準用すること。

⑭ （略）

49 介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

①～⑧ （略）

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑪を準用すること。

⑩ （略）

50 介護予防認知症対応型共同生活介護

①～⑯ （略）

⑰ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。

⑱ （略）

51 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）

①～⑫ （略）

⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。

⑭ （略）

第6 介護予防・日常生活支援総合事業の取扱いについて

介護予防・日常生活支援総合事業のサービスについては、次に定める項目を記載する。

(1)・(2) （略）

(3) 体制等状況一覧表の記載要領について

1・2 （略）

①～②⑥ （略）

②⑦ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

46 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）

①～⑧ （略）

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑩ （略）

47 （略）

48 介護予防小規模多機能型居宅介護

①～⑫ （略）

⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑭ （略）

49 介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

①～⑧ （略）

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑩ （略）

50 介護予防認知症対応型共同生活介護

①～⑯ （略）

⑰ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑱ （略）

51 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）

①～⑫ （略）

⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

⑭ （略）

第6 介護予防・日常生活支援総合事業の取扱いについて

介護予防・日常生活支援総合事業のサービスについては、次に定める項目を記載する。

(1)・(2) （略）

(3) 体制等状況一覧表の記載要領について

1・2 （略）

〈改正後〉

3 通所型サービス（独自）

①～⑪ （略）

⑫ 「介護職員等処遇改善加算（利用定員 19 人以上）」については、指定相当通所型サービス事業所（利用定員が 19 人以上である場合に限る。）であって、大臣基準告示第 136 号により準用する大臣基準告示第 48 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

⑬ 「介護職員等処遇改善加算（利用定員 19 人未満）」については、指定相当通所型サービス事業所（利用定員が 19 人未満である場合に限る。）であって、大臣基準告示第 136 号により準用する大臣基準告示第 48 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

4 介護予防ケアマネジメント

「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、第 5 の 4 ⑭を準用すること。

（様式）

- 別紙 1—1 （内容変更有）
- 別紙 1—2 （内容変更有）
- 別紙 1—3 （内容変更有）
- 別紙 1—4 （内容変更有）
- 別紙 50 （内容変更有）
- 別紙 51 （内容変更有）

〈現 行〉

3 通所型サービス（独自）

①～⑪ （略）

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、第 5 の 34⑬を準用すること。

（新設）

（新設）

(別紙 1 - 1)

## 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス      |      | 施設等の区分                                                                                                   | 人員配置区分 | その他の該当する体制等                              |                                           |                                 |                                 |                                |                                |                                 |                                 | LIFEへの登録                       | 割引                                                             |                                                                |  |  |
|-------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--|
| 各サービス共通     |      |                                                                                                          |        | 地域区分                                     | <input type="checkbox"/> 1 1級地            | <input type="checkbox"/> 2 2級地  | <input type="checkbox"/> 3 3級地  | <input type="checkbox"/> 4 4級地 | <input type="checkbox"/> 5 5級地 | <input type="checkbox"/> 6 6級地  | <input type="checkbox"/> 7 7級地  | <input type="checkbox"/> 8 その他 |                                                                |                                                                |  |  |
| □ 11        | 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 1 身体介護<br><input type="checkbox"/> 2 生活援助<br><input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助 |        | 定期巡回・随時対応サービスに関する状況                      | <input type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない |                                 |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        |                                          | <input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている  |                                 |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        |                                          | <input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある   |                                 |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                           | <input type="checkbox"/> 1 減算型            | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 業務継続計画策定の有無                              | <input type="checkbox"/> 1 減算型            | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 特定事業所加算（Ⅴ以外）                             | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ  | <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 特定事業所加算Ⅴ                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 共生型サービスの提供<br>（居宅介護事業所）                  | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 共生型サービスの提供<br>（重度訪問介護事業所）                | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に<br>居住する者への提供）           | <input type="checkbox"/> 1 非該当            | <input type="checkbox"/> 2 該当   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に<br>居住する者への提供（利用者50人以上）） | <input type="checkbox"/> 1 非該当            | <input type="checkbox"/> 2 該当   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に<br>居住する者への提供割合90%以上）    | <input type="checkbox"/> 1 非該当            | <input type="checkbox"/> 2 該当   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 特別地域加算                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当            | <input type="checkbox"/> 2 該当   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（規模に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当            | <input type="checkbox"/> 2 該当   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 口腔連携強化加算                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
|             |      |                                                                                                          |        | 認知症専門ケア加算                                | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ  |                                |                                |                                 |                                 |                                |                                                                |                                                                |  |  |
| 介護職員等処遇改善加算 |      |                                                                                                          |        |                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし             | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |                                |                                                                |                                                                |  |  |

|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|------|-------------|------------------------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 12 | 訪問入浴介護      |                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|      |             |                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 認知症専門ケア加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 看取り連携体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ 13 | 訪問看護        | □ 1 訪問看護ステーション<br>□ 2 病院又は診療所<br>□ 3 定期巡回・随時対応サービス連携 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 緊急時訪問看護加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別管理体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 専門管理加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | ターミナルケア体制                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 遠隔死亡診断補助加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 看護体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 口腔連携強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ（イ及びロの場合）                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ（イ及びロの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ（ハの場合）                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ（ハの場合）                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ 14 | 訪問リハビリテーション | □ 1 病院又は診療所<br>□ 2 介護老人保健施設<br>□ 3 介護医療院             |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | リハビリテーションマネジメント加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 口腔連携強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 移行支援加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ 31 | 居宅療養管理指導    |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 医療用麻薬持続注射療法加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 在宅中心静脈栄養法加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |

|                             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15 | 通所介護        | <input type="checkbox"/> 4 通常規模型事業所<br><input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所（Ⅱ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 職員の欠員による減算の状況<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応<br>時間延長サービス体制<br>共生型サービスの提供（生活介護事業所）<br>共生型サービスの提供（自立訓練事業所）<br>共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）<br>共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）<br>生活相談員配置等加算<br>入浴介助加算<br>中重度者ケア体制加算<br>生活機能向上連携加算<br>個別機能訓練加算<br>ADL維持等加算〔申出〕の有無<br>認知症加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>科学的介護推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| <input type="checkbox"/> 16 | 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 4 通常規模の事業所(病院・診療所)<br><input type="checkbox"/> 7 通常規模の事業所(介護老人保健施設)<br><input type="checkbox"/> A 通常規模の事業所(介護医療院)<br><input type="checkbox"/> D 大規模の事業所(病院・診療所)<br><input type="checkbox"/> E 大規模の事業所(介護老人保健施設)<br><input type="checkbox"/> F 大規模の事業所(介護医療院)<br><input type="checkbox"/> G 大規模の事業所(特例)(病院・診療所)<br><input type="checkbox"/> H 大規模の事業所(特例)(介護老人保健施設)<br><input type="checkbox"/> J 大規模の事業所(特例)(介護医療院) |  | 職員の欠員による減算の状況<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応<br>時間延長サービス体制<br>リハビリテーション提供体制加算<br>入浴介助加算<br>リハビリテーションマネジメント加算<br>リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明<br>認知症短期集中リハビリテーション実施加算<br>生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>中重度者ケア体制加算<br>科学的介護推進体制加算<br>移行支援加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰハ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |

|      |          |                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 21 | 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型・空床型<br><input type="checkbox"/> 3 単独型ユニット型<br><input type="checkbox"/> 4 併設型・空床型ユニット型 | 夜間勤務条件基準                            | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|      |          |                                                                                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | ユニットケア体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 業務経続計画策定の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 共生型サービスの提供<br>(短期入所事業所)             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 生活相談員配置等加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 生活機能向上連携加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 機能訓練指導体制                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 個別機能訓練体制                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 看護体制加算Ⅰ又はⅢ                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 看護体制加算Ⅱ又はⅣ                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅳ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 医療連携強化加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 看取り連携体制加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 夜勤職員配置加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ                                                                                                                            |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | テクノロジーの導入<br>(夜勤職員配置加算関係)           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 若年性認知症利用者受入加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 送迎体制                                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 口腔連携強化加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 療養食加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 認知症専門ケア加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 生産性向上推進体制加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | サービス提供体制強化加算<br>(単独型)               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | サービス提供体制強化加算<br>(併設型、空床型)           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 併設本体施設における介護職員等処<br>遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |

|                                |                                  |                                             |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 22    | 短期入所療養介護                         | <input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（Ⅰ）      | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型                                                                                            | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 送迎体制     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                | サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                                                                                                                                               | 介護職員等処遇改善加算                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師               | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士            | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 室料相当額控除                        | <input type="checkbox"/> 1 非該当   | <input type="checkbox"/> 2 該当               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 22    | 短期入所療養介護                         | <input type="checkbox"/> 2 ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型                                                                                            | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table>                                                                                                                      | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 送迎体制            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |                                | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                                               | 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師               | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士            | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |

|                                                |                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|---------------------------------|--------------------------------|--|-----------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------|-------------------------------|-------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|-------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|
| □ 22                                           | 短期入所療養介護                              | <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 7 介護老人保健施設（Ⅲ）              | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法</td> <td><input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法</td> <td><input type="checkbox"/> 3 その他</td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別療養費加算項目</td> <td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td> <td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ <small>イ又はロの届出状況</small></td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし     | <input type="checkbox"/> 2 あり      |                                | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> 3 その他 | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 送迎体制      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可    |  | 特別療養費加算項目   | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  | 療養体制維持特別加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養体制維持特別加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                |  | サービス提供体制強化加算                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  | 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ <small>イ又はロの届出状況</small> | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                               |  |                                                                | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| 夜間勤務条件基準                                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型        | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 医師                                                                 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
|                                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士      | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士                                                              | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| ユニットケア体制                                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 室料相当額控除                                        | <input type="checkbox"/> 1 非該当        | <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 夜勤職員配置加算                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| リハビリテーション提供体制                                  | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法     | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法                                                            | <input type="checkbox"/> 3 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症ケア加算                                        | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 送迎体制                                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 特別療養費加算項目                                      | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅰ                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅱ                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 口腔連携強化加算                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 療養食加算                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ <small>イ又はロの届出状況</small> | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
|                                                | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ       | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| □ 22                                           | 短期入所療養介護                              | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 8 ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ）    | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法</td> <td><input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法</td> <td><input type="checkbox"/> 3 その他</td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別療養費加算項目</td> <td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td> <td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ <small>イ又はロの届出状況</small></td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                      | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> 3 その他 | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし     | <input type="checkbox"/> 2 あり      |                                | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 送迎体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 特別療養費加算項目 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  | 療養体制維持特別加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり     |  | 療養体制維持特別加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 口腔連携強化加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  | 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ <small>イ又はロの届出状況</small> | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |  | 介護職員等処遇改善加算                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |  |             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 夜間勤務条件基準                                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型        | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 医師                                                                 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
|                                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士      | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士                                                              | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| ユニットケア体制                                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 夜勤職員配置加算                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| リハビリテーション提供体制                                  | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法     | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法                                                            | <input type="checkbox"/> 3 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症ケア加算                                        | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 送迎体制                                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 特別療養費加算項目                                      | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅰ                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅱ                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 口腔連携強化加算                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 療養食加算                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ <small>イ又はロの届出状況</small> | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |
|                                                | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ       | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                                              |  |                                                |                               |                                                                 |  |             |                                 |                                                                                               |  |                                                                |                                 |                                                                                               |  |                                                                |

|                                |                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 22                           | 短期入所療養介護                         | □ 9 介護老人保健施設（Ⅳ）                  | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ</td> <td><input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 送迎体制     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                | サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ                               |                                                                | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師    | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 室料相当額控除                        | <input type="checkbox"/> 1 非該当   | <input type="checkbox"/> 2 該当    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 認知症ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ  | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ  | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| □ 22                           | 短期入所療養介護                         | □ A ユニット型介護老人保健施設（Ⅳ）             | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ</td> <td><input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table>                                                                                                                      | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 送迎体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                                               | 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ |             | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師    | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 認知症ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ  | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ  | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |

|                             |          |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|-----------------------------|----------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 23 | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 1 病院療養型      | <input type="checkbox"/> 2 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 5 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 6 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 7 II型（療養機能強化型）<br><input type="checkbox"/> 4 III型 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>特定診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算I又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型I <input type="checkbox"/> 3 加算型II <input type="checkbox"/> 7 加算型III<br><input type="checkbox"/> 5 加算型IV <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法I <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 23 | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型病院療養型 | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B                                                                                                                                        | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>特定診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算I又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型I <input type="checkbox"/> 3 加算型II <input type="checkbox"/> 7 加算型III<br><input type="checkbox"/> 5 加算型IV <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法I <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

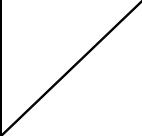
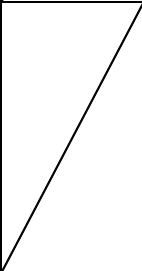
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------|--|--|----------------|------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|------------------------------------------------------------------|--|--|--------|-------------------------------------------------------------------|--|--|----------|---------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|-----------------------------------------------------------------|--|--|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 23      | 短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> A 病院経過型<br><input type="checkbox"/> C ユニット型病院経過型 | <input type="checkbox"/> 2 I型<br><input type="checkbox"/> 3 II型                                                                                                  | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ         </td> <td> <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 6 減算型         </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ         </td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 医師         </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 看護職員<br/> <input type="checkbox"/> 4 介護職員         </td> <td></td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養環境基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師の配置基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準<br/> <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定診療費項目</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br/> <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 6 その他         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準    | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型 | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | 職員の欠員による減算の状況  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師   | <input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | ユニットケア体制    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 業務継続計画策定の有無   | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 療養環境基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型  |  |  | 医師の配置基準  | <input type="checkbox"/> 1 基準<br><input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用 |  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 送迎体制      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                 |  |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                         |  |  | 療養食加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                    |  |  | 認知症専門ケア加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                |  |  | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                   |  |  | 特定診療費項目                          | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |  |  | サービス提供体制強化加算                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  |  | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                         | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型         | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員        |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| ユニットケア体制                         | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養環境基準                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 医師の配置基準                          | <input type="checkbox"/> 1 基準<br><input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                               |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 送迎体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養食加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 特定診療費項目                          | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                        |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                    | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 23      | 短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 2 診療所型                                           | <input type="checkbox"/> 1 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 4 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 2 II型 | <table border="1"> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>設備基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食堂の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定診療費項目</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br/> <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 6 その他         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                                                   |                                                                    | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |                                                                    |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |  | 設備基準        | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 食堂の有無          | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり   |  |  | 送迎体制   | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり            |  |  | 療養食加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり  |  |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | 特定診療費項目  | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |  |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他 |  |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  |  | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                         |  |  | 介護職員等処遇改善加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 設備基準                             | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 食堂の有無                            | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 送迎体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養食加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 特定診療費項目                          | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                        |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                    | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                 |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                  |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |

|                                 |                                          |                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|---------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|-------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 23     | 短期入所療養介護                                 | <input type="checkbox"/> 7 ユニット型診療所型                                                          | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B | <table border="1"> <tr><td>ユニットケア体制</td><td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td><td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td></tr> <tr><td>身体拘束廃止取組の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td></tr> <tr><td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td></tr> <tr><td>業務継続計画策定の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td></tr> <tr><td>設備基準</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td></tr> <tr><td>食堂の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td></tr> <tr><td>若年性認知症利用者受入加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>送迎体制</td><td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td><td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td></tr> <tr><td>口腔連携強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>療養食加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td></tr> <tr><td>生産性向上推進体制加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td></tr> <tr><td>特定診療費項目</td><td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td><td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法</td><td></td></tr> <tr><td>リハビリテーション提供体制</td><td><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法</td><td><input type="checkbox"/> 6 その他</td></tr> <tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td></tr> <tr><td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>介護職員等処遇改善加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td><td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可  | 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型  | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 設備基準                          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 | 食堂の有無 | <input type="checkbox"/> 1 基準型  | <input type="checkbox"/> 2 減算型  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  | 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 特定診療費項目                        | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |                                | リハビリテーション提供体制                  | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 |               | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> 6 その他 | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |                               | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| ユニットケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 対応不可          | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 設備基準                            | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 食堂の有無                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可          | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 特定診療費項目                         | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導    | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                   | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法       | <input type="checkbox"/> 6 その他                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ  |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ          | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 2A     | 短期入所療養介護                                 | <input type="checkbox"/> 1 I型介護医療院                                                            | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（Ⅲ）           | <table border="1"> <tr><td>夜間勤務条件基準</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ</td><td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>職員の欠員による減算の状況</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 医師</td><td><input type="checkbox"/> 3 薬剤師</td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 4 看護職員</td><td><input type="checkbox"/> 5 介護職員</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>身体拘束廃止取組の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>業務継続計画策定の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>療養環境基準（廊下）</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>療養環境基準（療養室）</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>若年性認知症利用者受入加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>送迎体制</td><td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td><td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>口腔連携強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>療養食加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr><td>重度認知症疾患療養体制加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr><td>特別診療費項目</td><td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td><td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>リハビリテーション提供体制</td><td><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 作業療法</td><td><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法</td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法</td><td></td><td><input type="checkbox"/> 6 その他</td><td></td></tr> <tr><td>生産性向上推進体制加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td></tr> <tr><td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>介護職員等処遇改善加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td><td><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td><td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ</td><td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ</td><td><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td></tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型  | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ |                                | <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |                                |             | 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 |                                |       | <input type="checkbox"/> 4 看護職員 | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 |               |                               | 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                |          | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |                               |                               | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                |             |                               | 療養環境基準（廊下）                                                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型        |                                   |  | 療養環境基準（療養室）                              | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 |                                  |                                                                   | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし      | <input type="checkbox"/> 2 あり  |              |                               | 送迎体制                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |                               |             | 口腔連携強化加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                   | <input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                                                                               | 療養食加算                                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 重度認知症疾患療養体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 特別診療費項目 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |  |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 |  |  | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 |  | <input type="checkbox"/> 6 その他 |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |  |  | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ                                                               | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ                                                                                    | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ          | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 医師                                                                 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 4 看護職員          | <input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養環境基準（廊下）                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養環境基準（療養室）                     | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可          | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 重度認知症疾患療養体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 特別診療費項目                         | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導    | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                   | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 3 作業療法                                                               | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法       |                                                                                               | <input type="checkbox"/> 6 その他                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ                                                                                     | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ                                                               | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ          | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ                                                               | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ                                                                                     | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                                 |                                |                                |             |                                |                                |                               |                                |                                |       |                                 |                                 |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |             |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                                |                                |                                  |                                                                   |               |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                                |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                               |  |  |           |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |

|               |  |              |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|---------------|--|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2A 短期入所療養介護 |  | □ 2 II型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 II型（I）<br><input type="checkbox"/> 2 II型（II）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（III） | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務経統計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 2A 短期入所療養介護 |  | □ 3 特別介護医療院  | □ 1 I型                                                                                                         | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務経統計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算                                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|-------------------------------------------------------------------|--|--|----------------|------------------------------------------------------------------|--|--|----------------|------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|----------------------------------------------------------------|--|--|------|-------------------------------------------------------------------|--|--|----------|----------------------------------------------------------------|--|--|-------|----------------------------------------------------------------|--|--|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 2A    | 短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 3 特別介護医療院                                | <input type="checkbox"/> 2 II型                                       | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ         </td> <td> <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 6 減算型         </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ         </td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 医師<br/> <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br/> <input type="checkbox"/> 4 看護職員<br/> <input type="checkbox"/> 5 介護職員         </td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>療養環境基準（廊下）</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> </tr> <tr> <td>療養環境基準（療養室）</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 非該当<br/> <input type="checkbox"/> 2 該当         </td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>重度認知症患者療養体制加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ         </td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br/> <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br/> <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型 | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員 |  |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 業務継続計画策定の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 療養環境基準（廊下）  | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 療養環境基準（療養室） | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 室料相当額控除     | <input type="checkbox"/> 1 非該当<br><input type="checkbox"/> 2 該当  |  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 送迎体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 療養食加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | 重度認知症患者療養体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                      |  |  | サービス提供体制強化加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                              |  |  | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                    |  |  | 介護職員等処遇改善加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型 | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                        |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養環境基準（廊下）                     | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養環境基準（療養室）                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 室料相当額控除                        | <input type="checkbox"/> 1 非該当<br><input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 重度認知症患者療養体制加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 2A    | 短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 4 ユニット型Ⅰ型介護医療院                           | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ） | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ         </td> <td> <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 6 減算型         </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ         </td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 医師<br/> <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br/> <input type="checkbox"/> 4 看護職員<br/> <input type="checkbox"/> 5 介護職員         </td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>療養環境基準（廊下）</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> </tr> <tr> <td>療養環境基準（療養室）</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>重度認知症患者療養体制加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>特別診療費項目</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法         </td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br/> <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 6 その他         </td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ         </td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br/> <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br/> <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ         </td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型 | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員 |  |  | ユニットケア体制    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 身体拘束廃止取組の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 療養環境基準（廊下）  | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 療養環境基準（療養室） | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 送迎体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 療養食加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | 重度認知症患者療養体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | 特別診療費項目     | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他 |  |  | 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |  |  | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型 | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                        |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養環境基準（廊下）                     | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養環境基準（療養室）                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 重度認知症患者療養体制加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 特別診療費項目                        | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                        |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                  | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                                                                   |                                                                    |               |                                                                                                                                                                        |  |  |             |                                                                   |  |  |                |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |             |                                                                  |  |  |               |                                                                |  |  |      |                                                                   |  |  |          |                                                                |  |  |       |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                   |  |  |             |                                                                                                                        |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |                                |                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |

|      |          |                  |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |  |
|------|----------|------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2A | 短期入所療養介護 | □ 5 ユニット型Ⅱ型介護医療院 |                                                                | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算ⅠⅡ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ<br><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅣ <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 2A | 短期入所療養介護 | □ 6 ユニット型特別介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型<br><input type="checkbox"/> 2 Ⅱ型 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算ⅠⅡ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算                             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ<br><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅣ <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| □ 33                         | 特定施設入居者生活介護                                                  | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 3 養護老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム（混合型）<br><input type="checkbox"/> 6 軽費老人ホーム（混合型）<br><input type="checkbox"/> 7 養護老人ホーム（混合型） | <input type="checkbox"/> 1 一般型<br><input type="checkbox"/> 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                        |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                             |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                             |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                             |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 入居継続支援加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 生活機能向上連携加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 個別機能訓練加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | ADL維持等加算〔申出〕の有無               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 夜間看護体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 若年性認知症入居者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 科学的介護推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 看取り介護加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 認知症専門ケア加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 生産性向上推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
| □ 27                         | 特定施設入居者生活介護（短期利用型）                                           | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム（混合型）<br><input type="checkbox"/> 6 軽費老人ホーム（混合型）                                                                                         |                                                                        | 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                        |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                             |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                             |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                             |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 夜間看護体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 若年性認知症入居者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 生産性向上推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | □ 17                          | 福祉用具貸与                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  | 特別地域加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                                                |                                                                                      |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
| □ 43                         | 居宅介護支援                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 特別地域加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                              |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                              |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 特定事業所集中減算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 特定事業所加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算A |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 特定事業所医療介護連携加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | ターミナルケアマネジメント加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                               |                                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |
|                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                               |                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |  |             |                                                               |                                                                |                                                                                      |

|      |            |                                                                                                                                                                        |  |                             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 51 | 介護福祉施設サービス | <input type="checkbox"/> 1 介護福祉施設<br><input type="checkbox"/> 2 経過的小規模介護福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 ユニット型介護福祉施設<br><input type="checkbox"/> 4 経過的ユニット型小規模介護福祉施設 |  | 夜間勤務条件基準                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 職員の欠員による減算の状況               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護支援専門員                                                                                               |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | ユニットケア体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 身体拘束廃止取組の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 安全管理体制                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無              | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 業務継続計画策定の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 日常生活継続支援加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | テクノロジーの導入<br>(日常生活継続支援加算関係) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 看護体制加算Ⅰ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 看護体制加算Ⅱ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 夜勤職員配置加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ                                                                                                                            |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | テクノロジーの導入<br>(夜勤職員配置加算関係)   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 準ユニットケア体制                   | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 生活機能向上連携加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 個別機能訓練加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | ADL維持等加算〔申出〕の有無             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 若年性認知症入所者受入加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 常勤専従医師配置                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 精神科医師定期的療養指導                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 障害者生活支援体制                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 栄養マネジメント強化体制                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 療養食加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 配置医師緊急時対応加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 看取り介護体制                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 在宅・入所相互利用体制                 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 認知症専門ケア加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 認知症チームケア推進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 褥瘡マネジメント加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 排せつ支援加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 自立支援促進加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 科学的介護推進体制加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 安全対策体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 生産性向上推進体制加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | サービス提供体制強化加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |  | 介護職員等処遇改善加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |

|      |            |               |                      |                      |                                                                                                          |                  |  |
|------|------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | □ 1 介護保健施設（Ⅰ） | □ 1 基本型<br>□ 2 在宅強化型 | 夜間勤務条件基準             | □ 1 基準型      □ 6 減算型                                                                                     | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |            |               |                      | 職員の欠員による減算の状況        | □ 1 なし      □ 2 医師      □ 3 看護職員      □ 4 介護職員<br>□ 5 理学療法士      □ 6 作業療法士      □ 7 介護支援専門員<br>□ 8 言語聴覚士 |                  |  |
|      |            |               |                      | ユニットケア体制             | □ 1 対応不可      □ 2 対応可                                                                                    |                  |  |
|      |            |               |                      | 身体拘束廃止取組の有無          | □ 1 減算型      □ 2 基準型                                                                                     |                  |  |
|      |            |               |                      | 安全管理体制               | □ 1 減算型      □ 2 基準型                                                                                     |                  |  |
|      |            |               |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | □ 1 減算型      □ 2 基準型                                                                                     |                  |  |
|      |            |               |                      | 業務継続計画策定の有無          | □ 1 減算型      □ 2 基準型                                                                                     |                  |  |
|      |            |               |                      | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 室料相当額控除              | □ 1 非該当      □ 2 該当                                                                                      |                  |  |
|      |            |               |                      | 夜勤職員配置加算             | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 認知症ケア加算              | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 若年性認知症入所者受入加算        | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算      | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ                                                                         |                  |  |
|      |            |               |                      | ターミナルケア体制            | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 栄養マネジメント強化体制         | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 療養食加算                | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 認知症専門ケア加算            | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ                                                                         |                  |  |
|      |            |               |                      | 認知症チームケア推進加算         | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ                                                                         |                  |  |
|      |            |               |                      | リハビリ計画書情報加算          | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ                                                                         |                  |  |
|      |            |               |                      | 褥瘡マネジメント加算           | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 排せつ支援加算              | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 自立支援促進加算             | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 科学的介護推進体制加算          | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 安全対策体制               | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | □ 1 なし      □ 2 あり                                                                                       |                  |  |
|      |            |               |                      | 生産性向上推進体制加算          | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ                                                                         |                  |  |
|      |            |               |                      | サービス提供体制強化加算         | □ 1 なし      □ 6 加算Ⅰ      □ 5 加算Ⅱ      □ 7 加算Ⅲ                                                            |                  |  |
|      |            |               |                      | 介護職員等処遇改善加算          | □ 1 なし      □ 7 加算Ⅰイ      □ 8 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ      □ 7 加算Ⅱロ      □ 9 加算Ⅲ      □ A 加算Ⅳ                   |                  |  |

|      |            |                    |                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
|------|------------|--------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | □ 2 ユニット型介護保健施設（Ⅰ） | □ 1 基本型<br>□ 2 在宅強化型 | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |                    |                      | 職員の欠員による減算の状況        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 褥瘡マネジメント加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                    |                      | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |  |

|      |            |                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
|------|------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | <input type="checkbox"/> 5 介護保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 7 介護保健施設（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |                                                                              | 職員の欠員による減算の状況        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 室料相当額控除              | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 特別療養費加算項目            | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 療養体制維持特別加算Ⅰ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 療養体制維持特別加算Ⅱ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | リハビリテーション提供体制        | <input type="checkbox"/> 1 リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 2 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 3 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 4 その他                                                                                                                         |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |  |

|      |            |                                                                                        |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型介護保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 8 ユニット型介護保健施設（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 特別療養費加算項目            | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 療養体制維持特別加算Ⅰ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 療養体制維持特別加算Ⅱ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | リハビリテーション提供体制        | <input type="checkbox"/> 1 リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 2 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 3 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 4 その他                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                           |                                                                |  |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------------------------------------|--|--------|---------------------------------------------------------------|--|----------------|---------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------------------------------------------------|--|----------|--------------------------------------------------------------|--|----------|-------------------------------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------------------------------|--|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|-------------------------------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| □ 52              | 介護保健施設サービス                                                                                                                                                                                                                                                              | □ 9 介護保健施設（Ⅳ）                                                  | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型    <input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 医師    <input type="checkbox"/> 3 看護職員    <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br/><input type="checkbox"/> 5 理学療法士    <input type="checkbox"/> 6 作業療法士    <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br/><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>安全管理体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養ケア・マネジメントの実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当    <input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入所者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養マネジメント強化体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症チームケア推進加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 安全管理体制 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症入所者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | ターミナルケア体制    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 栄養マネジメント強化体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 認知症専門ケア加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 認知症チームケア推進加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  |
| 夜間勤務条件基準          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 職員の欠員による減算の状況     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ユニットケア体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 身体拘束廃止取組の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 安全管理体制            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 業務継続計画策定の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 室料相当額控除           | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 夜勤職員配置加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症ケア加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 若年性認知症入所者受入加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ターミナルケア体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養マネジメント強化体制      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 療養食加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症専門ケア加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症チームケア推進加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 生産性向上推進体制加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| サービス提供体制強化加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 介護職員等処遇改善加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| □ 52              | 介護保健施設サービス                                                                                                                                                                                                                                                              | □ A ユニット型介護保健施設（Ⅳ）                                             | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型    <input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 医師    <input type="checkbox"/> 3 看護職員    <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br/><input type="checkbox"/> 5 理学療法士    <input type="checkbox"/> 6 作業療法士    <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br/><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>安全管理体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養ケア・マネジメントの実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入所者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養マネジメント強化体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症チームケア推進加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 安全管理体制 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 認知症ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症入所者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | ターミナルケア体制     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 栄養マネジメント強化体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 認知症チームケア推進加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 生産性向上推進体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  | 介護職員等処遇改善加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 夜間勤務条件基準          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 職員の欠員による減算の状況     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ユニットケア体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 身体拘束廃止取組の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 安全管理体制            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 業務継続計画策定の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 夜勤職員配置加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症ケア加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 若年性認知症入所者受入加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ターミナルケア体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養マネジメント強化体制      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 療養食加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症専門ケア加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症チームケア推進加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 生産性向上推進体制加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| サービス提供体制強化加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 介護職員等処遇改善加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |

|      |           |             |                                                                                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|------|-----------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 1 I型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型   | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員  |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 療養環境基準（廊下）              | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 療養環境基準（療養室）             | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                            |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他                                                        |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7 <input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                                                                                       |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |

|      |           |              |                                                                                                             |                         |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|------|-----------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 2 II型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 II型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 II型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型   | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員  |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 療養環境基準（廊下）              | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 療養環境基準（療養室）             | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 室料相当額控除                 | <input type="checkbox"/> 1 非該当<br><input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                 |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                 |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                 |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                   |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他   | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                  |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7 <input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                                                                                       |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |

|      |           |             |         |                                                                    |                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|-----------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 3 特別介護医療院 | □ 1 I型  | 夜間勤務条件基準                                                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |             |         | <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型     |                                                                                                                                |                                                                |  |
|      |           |             |         | 職員の欠員による減算の状況                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4 看護職員     |                                                                |  |
|      |           |             |         | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 <input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 |                                                                                                                                |                                                                |  |
|      |           |             |         | 身体拘束廃止取組の有無                                                        | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 安全管理体制                                                             | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 業務継続計画策定の有無                                                        | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 療養環境基準（廊下）                                                         | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 療養環境基準（療養室）                                                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 若年性認知症入所者受入加算                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 栄養マネジメント強化体制                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 療養食加算                                                              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 認知症専門ケア加算                                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 認知症チームケア推進加算                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 重度認知症疾患療養体制加算                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 生産性向上推進体制加算                                                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | サービス提供体制強化加算                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ     |                                                                |  |
|      |           |             |         | 介護職員等処遇改善加算                                                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         |                                                                    | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  |                                                                |  |
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 3 特別介護医療院 | □ 2 II型 | 夜間勤務条件基準                                                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |             |         | <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型     |                                                                                                                                |                                                                |  |
|      |           |             |         | 職員の欠員による減算の状況                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4 看護職員     |                                                                |  |
|      |           |             |         | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 <input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 |                                                                                                                                |                                                                |  |
|      |           |             |         | 身体拘束廃止取組の有無                                                        | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 安全管理体制                                                             | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 業務継続計画策定の有無                                                        | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 療養環境基準（廊下）                                                         | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 療養環境基準（療養室）                                                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         | 室料相当額控除                                                            | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                   |                                                                |  |
|      |           |             |         | 若年性認知症入所者受入加算                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 栄養マネジメント強化体制                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 療養食加算                                                              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 認知症専門ケア加算                                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 認知症チームケア推進加算                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 重度認知症疾患療養体制加算                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | 生産性向上推進体制加算                                                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                |  |
|      |           |             |         | サービス提供体制強化加算                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ     |                                                                |  |
|      |           |             |         | 介護職員等処遇改善加算                                                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ                                  |                                                                |  |
|      |           |             |         |                                                                    | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  |                                                                |  |

|      |           |                  |                                                                      |                         |                                                                                   |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|------|-----------|------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 4 ユニット型Ⅰ型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型(Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2 Ⅰ型(Ⅱ) | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                 | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型          | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |                  |                                                                      | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                  | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員        | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | ユニットケア体制                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                 |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                  |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                  |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                  |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                  |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 療養環境基準(廊下)              | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                  |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 療養環境基準(療養室)             | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                  |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                          |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法            | <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他          | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7               | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5 |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                             |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                             |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                             |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                    |                                                                            |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                             |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ           |                                                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                      | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ イ                 | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ イ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ ロ       | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ ロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|      |           |                  |                         |                                                                                   |                                                                          |                                                                    |                                                                |  |
|------|-----------|------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 5 ユニット型Ⅱ型介護医療院 | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                 | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型        | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |                  | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                  | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員      | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員  |                                                                |  |
|      |           |                  | ユニットケア体制                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                 |                                                                          |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 療養環境基準（廊下）              | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                           |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 療養環境基準（療養室）             | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                           |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                        |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法            | <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他        | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                  |                                                                |  |
|      |           |                  | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7 | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                               |                                                                |  |
|      |           |                  | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ                 | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ       | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ   |                                                                |  |

|      |           |                  |                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|-----------|------------------|---------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 6 ユニット型特別介護医療院 | □ 1 I 型<br>□ 2 II 型 | 夜間勤務条件基準          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型                               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |                  |                     | 職員の欠員による減算の状況     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4 看護職員<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員 <input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員                               |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | ユニットケア体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 身体拘束廃止取組の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 安全管理体制            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 高齢者虐待防止措置実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 業務継続計画策定の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 療養環境基準（廊下）        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 療養環境基準（療養室）       | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 若年性認知症入所者受入加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 栄養マネジメント強化体制      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 療養食加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 認知症専門ケア加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 認知症チームケア推進加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 重度認知症患者療養体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 生産性向上推進体制加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | サービス提供体制強化加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                     | 介護職員等処遇改善加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

| 提供サービス                                                                                                                                                       |                                                                                                          | 施設等の区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人員配置区分                                                                                                                                                       | その他の該当する体制等                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 各サービス共通                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 地域区分                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 2 4級地<br><input type="checkbox"/> 3 5級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地 <input type="checkbox"/> 5 その他 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 11 訪問介護                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1 身体介護<br><input type="checkbox"/> 2 生活援助<br><input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助 | <input type="checkbox"/> 1 定期巡回・随時対応サービスに関する状況<br><input type="checkbox"/> 2 高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 3 業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 4 共生型サービスの提供（居宅介護事業所）<br><input type="checkbox"/> 5 共生型サービスの提供（重度訪問介護事業所）<br><input type="checkbox"/> 6 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）<br><input type="checkbox"/> 7 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上））<br><input type="checkbox"/> 8 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）<br><input type="checkbox"/> 9 特別地域加算<br><input type="checkbox"/> 10 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 11 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 12 口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 13 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない<br><input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている<br><input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある                             |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 14 訪問リハビリテーション                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1 高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 2 業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 3 特別地域加算<br><input type="checkbox"/> 4 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 5 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 6 リハビリテーションマネジメント加算<br><input type="checkbox"/> 7 リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明<br><input type="checkbox"/> 8 口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 9 移行支援加算 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |
| <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                               |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                 |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |

|      |      |                                                                                                                       |                               |                                                                                               |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| □ 15 | 通所介護 | <input type="checkbox"/> 4 通常規模型事業所<br><input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所（Ⅱ） | 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|      |      |                                                                                                                       | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|      |      |                                                                                                                       | 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|      |      |                                                                                                                       | 時間延長サービス体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（生活介護事業所）       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（自立訓練事業所）       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（児童発達支援事業所）     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（放課後等デイサービス事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 生活相談員配置等加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 入浴介助加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ   |
|      |      |                                                                                                                       | 中重度者ケア体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 生活機能向上連携加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|      |      |                                                                                                                       | 個別機能訓練加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ |
|      |      |                                                                                                                       | ADL維持等加算〔申出〕の有無               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 認知症加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 若年性認知症利用者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 栄養アセスメント・栄養改善体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 口腔機能向上加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 科学的介護推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス                      |                  | 施設等の区分                                                                      |  | 人員配置区分                      |                     | その他の該当する体制等                                                                                                   |  |                               |                               |                               |                               |                                 |                               | LIFEへの登録                                                        |                                    | 割引                                                                 |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 各サービス共通                     |                  |                                                                             |  |                             |                     | 地域区分                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> 1    | <input type="checkbox"/> 1 級地 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 2 級地 | <input type="checkbox"/> 7      | <input type="checkbox"/> 3 級地 | <input type="checkbox"/> 2                                      | <input type="checkbox"/> 4 級地      |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | <input type="checkbox"/> 3                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 5 級地 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6 級地 | <input type="checkbox"/> 9    | <input type="checkbox"/> 7 級地   | <input type="checkbox"/> 5    | その他                                                             |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 62 | 介護予防訪問入浴介護       |                                                                             |  |                             |                     | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 1    | 減算型                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 基準型                             |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 業務継続計画策定の有無                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 1    | 減算型                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 基準型                             |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 特別地域加算                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 認知症専門ケア加算                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 加算Ⅰ                             |                               | <input type="checkbox"/> 3                                      | 加算Ⅱ                                |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | サービス提供体制強化加算                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 4    | 加算Ⅰ                             |                               | <input type="checkbox"/> 3                                      | 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 介護職員等処遇改善加算                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 7    | 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S |                               | 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T |                                    | 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 63 | 介護予防訪問看護         | <input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション<br><input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所 |  |                             |                     | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 1    | 減算型                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 基準型                             |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 業務継続計画策定の有無                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 1    | 減算型                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 基準型                             |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 特別地域加算                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 緊急時介護予防訪問看護加算                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 3    | 加算Ⅰ                             |                               | <input type="checkbox"/> 2                                      | 加算Ⅱ                                |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 特別管理体制                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 1    | 対応不可                          |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 対応可                             |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 専門管理加算                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 看護体制強化加算                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 口腔連携強化加算                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | サービス提供体制強化加算                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 3    | 加算Ⅰ                             |                               | <input type="checkbox"/> 4                                      | 加算Ⅱ                                |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 介護職員等処遇改善加算                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  | <input type="checkbox"/> 64 | 介護予防訪問<br>リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院 |  |                               |                               | 高齢者虐待防止措置実施の有無                |                               | <input type="checkbox"/> 1      | 減算型                           |                                                                 | <input type="checkbox"/> 2         | 基準型                                                                |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     |                                                                                                               |  |                               |                               | 業務継続計画策定の有無                   |                               | <input type="checkbox"/> 1      | 減算型                           |                                                                 | <input type="checkbox"/> 2         | 基準型                                                                |  |  |  |  |  |
|                             |                  | 特別地域加算                                                                      |  |                             |                     |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）                                                |  |                             |                     |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）                                                |  |                             |                     |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  | 口腔連携強化加算                                                                    |  |                             |                     |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  | サービス提供体制強化加算                                                                |  |                             |                     |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 3    | 加算Ⅰ                             |                               | <input type="checkbox"/> 4                                      | 加算Ⅱ                                |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  | 介護職員等処遇改善加算                                                                 |  |                             |                     |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     |                                                                                                               |  |                               |                               |                               |                               |                                 |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 34 | 介護予防<br>居宅療養管理指導 |                                                                             |  |                             |                     | 特別地域加算                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 1    | 非該当                           |                               | <input type="checkbox"/> 2    | 該当                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 医療用麻薬持続注射療法加算                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |
|                             |                  |                                                                             |  |                             |                     | 在宅中心静脈栄養加算                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 1    | なし                            |                               | <input type="checkbox"/> 2    | あり                              |                               |                                                                 |                                    |                                                                    |  |  |  |  |  |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 66                                | 介護予防通所<br>リハビリテーション                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院                                          | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <div></div>                                                    |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 生活行為向上リハビリテーション実施加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 若年性認知症利用者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 栄養アセスメント・栄養改善体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 口腔機能向上加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 一体的サービス提供加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ    |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | ユニットケア体制                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供<br>(短期入所事業所)             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 生活相談員配置等加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 生活機能向上連携加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 機能訓練指導体制                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 個別機能訓練体制                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 送迎体制                                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 口腔連携強化加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 療養食加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算<br>(単独型)               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算<br>(併設型、空床型)           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 併設本体施設における介護職員等処<br>遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| □ 24                                | 介護予防短期入所生活介護                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型・空床型<br><input type="checkbox"/> 3 単独型ユニット型<br><input type="checkbox"/> 4 併設型・空床型ユニット型 | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | ユニットケア体制                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 共生型サービスの提供<br>(短期入所事業所) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 生活相談員配置等加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 生活機能向上連携加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 機能訓練指導体制                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 個別機能訓練体制                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 若年性認知症利用者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 送迎体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        | 口腔連携強化加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
| 療養食加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算<br>(単独型)               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算<br>(併設型、空床型)           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 併設本体施設における介護職員等処<br>遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |

|      |              |                      |                      |                                  |          |           |                  |  |
|------|--------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------|-----------|------------------|--|
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | □ 1 介護老人保健施設（Ⅰ）      | □ 1 基本型<br>□ 2 在宅強化型 | 夜間勤務条件基準                         | □ 1 基準型  | □ 6 減算型   | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |              |                      |                      | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし   | □ 2 医師    |                  |  |
|      |              |                      |                      | ユニットケア体制                         | □ 1 対応不可 | □ 2 対応可   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型  | □ 2 基準型   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型  | □ 2 基準型   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型  | □ 2 基準型   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 室料相当額控除                          | □ 1 非該当  | □ 2 該当    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 夜勤職員配置加算                         | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                  | □ 1 なし   | □ 2 加算Ⅰ   | □ 3 加算Ⅱ          |  |
|      |              |                      |                      | 送迎体制                             | □ 1 対応不可 | □ 2 対応可   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 口腔連携強化加算                         | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 療養食加算                            | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 認知症専門ケア加算                        | □ 1 なし   | □ 2 加算Ⅰ   | □ 3 加算Ⅱ          |  |
|      |              |                      |                      | 生産性向上推進体制加算                      | □ 1 なし   | □ 2 加算Ⅰ   | □ 3 加算Ⅱ          |  |
|      |              |                      |                      | サービス提供体制強化加算                     | □ 1 なし   | □ 6 加算Ⅰ   | □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ  |  |
|      |              |                      |                      | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況 | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 介護職員等処遇改善加算                      | □ 1 なし   | □ 7 加算Ⅰ・Ⅱ | □ 8 加算Ⅲ □ 9 加算Ⅳ  |  |
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | □ 2 ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ） | □ 1 基本型<br>□ 2 在宅強化型 | 夜間勤務条件基準                         | □ 1 基準型  | □ 6 減算型   | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |              |                      |                      | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし   | □ 2 医師    |                  |  |
|      |              |                      |                      | ユニットケア体制                         | □ 1 対応不可 | □ 2 対応可   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型  | □ 2 基準型   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型  | □ 2 基準型   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型  | □ 2 基準型   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 夜勤職員配置加算                         | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                  | □ 1 なし   | □ 2 加算Ⅰ   | □ 3 加算Ⅱ          |  |
|      |              |                      |                      | 送迎体制                             | □ 1 対応不可 | □ 2 対応可   |                  |  |
|      |              |                      |                      | 口腔連携強化加算                         | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 療養食加算                            | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 認知症専門ケア加算                        | □ 1 なし   | □ 2 加算Ⅰ   | □ 3 加算Ⅱ          |  |
|      |              |                      |                      | 生産性向上推進体制加算                      | □ 1 なし   | □ 2 加算Ⅰ   | □ 3 加算Ⅱ          |  |
|      |              |                      |                      | サービス提供体制強化加算                     | □ 1 なし   | □ 6 加算Ⅰ   | □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ  |  |
|      |              |                      |                      | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況 | □ 1 なし   | □ 2 あり    |                  |  |
|      |              |                      |                      | 介護職員等処遇改善加算                      | □ 1 なし   | □ 7 加算Ⅰ・Ⅱ | □ 8 加算Ⅲ □ 9 加算Ⅳ  |  |

|      |              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 7 介護老人保健施設（Ⅲ）           | 夜間勤務条件基準<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br>職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br>ユニットケア体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>室料相当額控除<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br>夜勤職員配置加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>若年性認知症利用者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>送迎体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>特別療養費加算項目<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br>療養体制維持特別加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養体制維持特別加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養食加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>リハビリテーション提供体制<br><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 3 その他<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |              |                                                                                            | 夜間勤務条件基準<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br>職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br>ユニットケア体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>夜勤職員配置加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>若年性認知症利用者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>送迎体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>特別療養費加算項目<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br>療養体制維持特別加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養体制維持特別加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養食加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>リハビリテーション提供体制<br><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 3 その他<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 8 ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br>職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br>ユニットケア体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>夜勤職員配置加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>若年性認知症利用者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>送迎体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>特別療養費加算項目<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br>療養体制維持特別加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養体制維持特別加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養食加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>リハビリテーション提供体制<br><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 3 その他<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|      |              |                      |                                 |                                          |                                                           |                  |  |
|------|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|--|
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | □ 9 介護老人保健施設（Ⅳ）      | 夜間勤務条件基準                        | □ 1 基準型                                  | □ 6 減算型                                                   | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |              |                      | 職員の欠員による減算の状況                   | □ 1 なし                                   | □ 2 医師 □ 3 看護職員 □ 4 介護職員<br>□ 5 理学療法士 □ 6 作業療法士 □ 7 言語聴覚士 |                  |  |
|      |              |                      | ユニットケア体制                        | □ 1 対応不可                                 | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 身体拘束廃止取組の有無                     | □ 1 減算型                                  | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | □ 1 減算型                                  | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 業務継続計画策定の有無                     | □ 1 減算型                                  | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 室料相当額控除                         | □ 1 非該当                                  | □ 2 該当                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 夜勤職員配置加算                        | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 若年性認知症利用者受入加算                   | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 送迎体制                            | □ 1 対応不可                                 | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 口腔連携強化加算                        | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 療養食加算                           | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 認知症専門ケア加算                       | □ 1 なし                                   | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | 生産性向上推進体制加算                     | □ 1 なし                                   | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | サービス提供体制強化加算                    | □ 1 なし                                   | □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                   |                  |  |
|      |              |                      | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算ⅠⅡ又はⅢの届出状況 | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 介護職員等処遇改善加算                     | □ 1 なし □ 7 加算ⅠⅡ □ 8 加算ⅡⅢ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ | □ S 加算Ⅰ □ T 加算Ⅱ □ U 加算Ⅲ □ V 加算Ⅳ                           |                  |  |
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | □ A ユニット型介護老人保健施設（Ⅳ） | 夜間勤務条件基準                        | □ 1 基準型                                  | □ 6 減算型                                                   | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |              |                      | 職員の欠員による減算の状況                   | □ 1 なし                                   | □ 2 医師 □ 3 看護職員 □ 4 介護職員<br>□ 5 理学療法士 □ 6 作業療法士 □ 7 言語聴覚士 |                  |  |
|      |              |                      | ユニットケア体制                        | □ 1 対応不可                                 | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 身体拘束廃止取組の有無                     | □ 1 減算型                                  | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | □ 1 減算型                                  | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 業務継続計画策定の有無                     | □ 1 減算型                                  | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 夜勤職員配置加算                        | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 若年性認知症利用者受入加算                   | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 送迎体制                            | □ 1 対応不可                                 | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 口腔連携強化加算                        | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 療養食加算                           | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 認知症専門ケア加算                       | □ 1 なし                                   | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | 生産性向上推進体制加算                     | □ 1 なし                                   | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | サービス提供体制強化加算                    | □ 1 なし                                   | □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                   |                  |  |
|      |              |                      | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算ⅠⅡ又はⅢの届出状況 | □ 1 なし                                   | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 介護職員等処遇改善加算                     | □ 1 なし □ 7 加算ⅠⅡ □ 8 加算ⅡⅢ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ | □ S 加算Ⅰ □ T 加算Ⅱ □ U 加算Ⅲ □ V 加算Ⅳ                           |                  |  |

|                             |              |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 26 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 1 病院療養型      | <input type="checkbox"/> 2 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 5 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 6 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 7 II型（療養機能強化型）<br><input type="checkbox"/> 4 III型 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ・Ⅲ                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 26 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型病院療養型 | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B                                                                                                                                        | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ・Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------|--|--|----------------|------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|------------------------------------------------------------------|--|--|--------|-------------------------------------------------------------------|--|--|----------|---------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|----------------------------------------------------------------|--|--|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 26     | 介護予防短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> A 病院経過型<br><input type="checkbox"/> C ユニット型病院経過型 | <input type="checkbox"/> 2 I型<br><input type="checkbox"/> 3 II型                                                                                                  | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ         </td> <td> <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 6 減算型         </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ         </td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 医師         </td> <td> <input type="checkbox"/> 3 看護職員<br/> <input type="checkbox"/> 4 介護職員         </td> <td></td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養環境基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師の配置基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準<br/> <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定診療費項目</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br/> <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 6 その他         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br/> <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br/> <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準    | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型 | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | 職員の欠員による減算の状況  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師   | <input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | ユニットケア体制    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 業務継続計画策定の有無   | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | 療養環境基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型  |  |  | 医師の配置基準  | <input type="checkbox"/> 1 基準<br><input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用 |  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 送迎体制      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                 |  |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                         |  |  | 療養食加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                    |  |  | 認知症専門ケア加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                |  |  | 特定診療費項目      | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法              |  |  | 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |  |  | サービス提供体制強化加算                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  |  | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型         | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 医師                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員        |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| ユニットケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養環境基準                          | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 医師の配置基準                         | <input type="checkbox"/> 1 基準<br><input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 特定診療費項目                         | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                        |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                   | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 26     | 介護予防短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 2 診療所型                                           | <input type="checkbox"/> 1 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 4 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 2 II型 | <table border="1"> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型<br/> <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>設備基準</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食堂の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 基準型<br/> <input type="checkbox"/> 2 減算型         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br/> <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定診療費項目</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br/> <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br/> <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br/> <input type="checkbox"/> 6 その他         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ         </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1 なし<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br/> <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br/> <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                                                   |                                                                    | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型 |                                                                    |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |  | 設備基準        | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 食堂の有無          | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり   |  |  | 送迎体制   | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり            |  |  | 療養食加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | 特定診療費項目  | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |  |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他 |  |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  |  | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                    |  |  | 介護職員等処遇改善加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 設備基準                            | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 食堂の有無                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 特定診療費項目                         | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                        |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                   | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                   |                                                                   |                                                                    |                |                                                                  |                                                                    |  |             |                                                                   |  |  |             |                                                                  |  |  |                |                                                                  |  |  |               |                                                                  |  |  |        |                                                                   |  |  |          |                                                                           |  |  |               |                                                                |  |  |           |                                                                                                   |  |  |          |                                                                                                                        |  |  |             |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                  |  |  |              |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                                                   |  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |                                                                                                                                     |  |  |                                 |                                                                |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                |  |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 26                            | 介護予防短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                   | □ 7 ユニット型診療所型 | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B | 身体拘束廃止取組の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 業務継続計画策定の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | ユニットケア体制       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                          |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 設備基準           | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 食堂の有無          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 若年性認知症利用者受入加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 送迎体制           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                          |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 口腔連携強化加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 療養食加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 認知症専門ケア加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 特定診療費項目        | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                     |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 生産性向上推進体制加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | リハビリテーション提供体制  | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他 |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | サービス提供体制強化加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                              |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |               |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |                                                                |  |

|      |              |              |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 1 I型介護医療院  | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（Ⅲ）    | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算            | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 2 II型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 II型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 II型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰ・Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                                                             |                                 |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------------|--|--|---------------------------------|--------------------------------|--|--|---------------------------------|--------------------------------|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 2B                                 | 介護予防短期入所療養介護                    | <input type="checkbox"/> 3 特別介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 I型   | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算ⅠⅡ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算            | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 薬剤師</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 看護職員</td> <td><input type="checkbox"/> 5 介護職員</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ</td> <td><input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ</td> <td><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table>                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 |  | <input type="checkbox"/> 4 看護職員 | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |                                |                                |                                | <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ |  | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ  | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 基準型                              | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ    | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                             | <input type="checkbox"/> 6 減算型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 医師   | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 4 看護職員                             | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 減算型                              | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 減算型                              | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 基準型                              | <input type="checkbox"/> 2 減算型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 基準型                              | <input type="checkbox"/> 2 減算型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 対応不可                             | <input type="checkbox"/> 2 対応可  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ     | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ  |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ                             | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ     | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 2B                                 | 介護予防短期入所療養介護                    | <input type="checkbox"/> 3 特別介護医療院 | <input type="checkbox"/> 2 II型  | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算ⅠⅡ又はⅢの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 薬剤師</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 看護職員</td> <td><input type="checkbox"/> 5 介護職員</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ</td> <td><input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ</td> <td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ</td> <td><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 |  | <input type="checkbox"/> 4 看護職員 | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  |  | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |                                | <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                 |  | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ |                                | <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ                                | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 1 基準型                              | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ    | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                             | <input type="checkbox"/> 6 減算型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 医師   | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 4 看護職員                             | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 減算型                              | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 減算型                              | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 基準型                              | <input type="checkbox"/> 2 減算型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 基準型                              | <input type="checkbox"/> 2 減算型  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 非該当                              | <input type="checkbox"/> 2 該当   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 対応不可                             | <input type="checkbox"/> 2 対応可  |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ  | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ     | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ  |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1 なし                               | <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ | <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅢ    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅢ                             | <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅢ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ     | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |  |  |                               |                               |                                |  |                                 |                                 |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                                |  |  |                                |                               |  |  |                                 |                                |  |  |                                 |                                |  |  |                               |                               |  |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |  |                               |                                |                                |                                |                                                             |                                |                                |                                |                                                             |                                 |                                 |  |                                 |                                 |                                 |                                |                                                                |                                 |                                |                                |                                                                |  |

|                             |              |                                         |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |  |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 2B | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 4 ユニット型Ⅰ型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型(Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2 Ⅰ型(Ⅱ) | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準(廊下)<br>療養環境基準(療養室)<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 2B | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 5 ユニット型Ⅱ型介護医療院 |                                                                      | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準(廊下)<br>療養環境基準(療養室)<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|      |              |                  |                                                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|--------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 6 ユニット型特別介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 I型<br><input type="checkbox"/> 2 II型 | 夜間勤務条件基準                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型                               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |              |                  |                                                                 | 職員の欠員による減算の状況                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | ユニットケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 療養環境基準（廊下）                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 療養環境基準（療養室）                     | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|                             |                 |                                                                                                                |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 35 | 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 3 養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> 1 一般型<br><input type="checkbox"/> 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>生活機能向上連携加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br>個別機能訓練加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>若年性認知症入居者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>科学的介護推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><b>介護職員等処遇改善加算</b><br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| <input type="checkbox"/> 67 | 介護予防福祉用具貸与      |                                                                                                                |                                                                        | 業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>特別地域加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br>中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 46 | 介護予防支援          | <input type="checkbox"/> 1 地域包括支援センター                                                                          |                                                                        | <b>介護職員等処遇改善加算</b><br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 46 | 介護予防支援          | <input type="checkbox"/> 2 居宅介護支援事業者                                                                           |                                                                        | 特別地域加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br>中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><b>介護職員等処遇改善加算</b><br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

[illegible]

| 提供サービス                      |                     | 施設等の区分                                                                                                        | 人員配置区分                       | そ の 他 該 当 す る 体 制 等                                              |                                                                  |                                                                  |                                                                  |
|-----------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 各サービス共通                     |                     |                                                                                                               | 地域区分                         | <input type="checkbox"/> 1 1級地<br><input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 6 2級地<br><input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地<br><input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地<br><input type="checkbox"/> 5 その他 |
| <input type="checkbox"/> 63 | 介護予防訪問看護            | <input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション<br><input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所                                   | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                   |                                                                  |                                                                  |
|                             |                     |                                                                                                               | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                    |                                                                  |                                                                  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 64 | 介護予防訪問<br>リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院 | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                   |                                                                  |                                                                  |
|                             |                     |                                                                                                               | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                    |                                                                  |                                                                  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。



|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 78            | 地域密着型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 地域密着型通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 療養通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 療養通所介護事業所（短期利用型） | <table border="1"> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 看護職員    <input type="checkbox"/> 3 介護職員</td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>時間延長サービス体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可</td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（生活介護事業所）</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（自立訓練事業所）</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>生活相談員配置等加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>入浴介助加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>中重度者ケア体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>重度者ケア体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算〔申出〕の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>認知症加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>栄養アセスメント・栄養改善体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>口腔機能向上加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合）    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合）<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合）    <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合）    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合）<br/> <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合）    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合）         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ      <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table> | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 時間延長サービス体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 共生型サービスの提供（生活介護事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 共生型サービスの提供（自立訓練事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 共生型サービスの提供（児童発達支援事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 生活相談員配置等加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 入浴介助加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 中重度者ケア体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 重度者ケア体制加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 生活機能向上連携加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                | 個別機能訓練加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ                                                                                                                                  | ADL維持等加算〔申出〕の有無                                                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり    | 認知症加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 栄養アセスメント・栄養改善体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 口腔機能向上加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合）<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合） <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合） <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合）<br><input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合） <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合） | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| 職員の欠員による減算の状況                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 時間延長サービス体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（生活介護事業所）                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（自立訓練事業所）                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 生活相談員配置等加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 入浴介助加算                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 中重度者ケア体制加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 重度者ケア体制加算                              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 生活機能向上連携加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 個別機能訓練加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 認知症加算                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 口腔機能向上加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 科学的介護推進体制加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合）<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合） <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合） <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合）<br><input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合） <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合） |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 72            | 認知症対応型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型<br><input type="checkbox"/> 3 共用型                             | <table border="1"> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 看護職員    <input type="checkbox"/> 3 介護職員</td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>時間延長サービス体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可</td> </tr> <tr> <td>入浴介助加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算〔申出〕の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>栄養アセスメント・栄養改善体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>口腔機能向上加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ      <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 時間延長サービス体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 入浴介助加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生活機能向上連携加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ | 個別機能訓練加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | ADL維持等加算〔申出〕の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 栄養アセスメント・栄養改善体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 口腔機能向上加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 時間延長サービス体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 入浴介助加算                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 生活機能向上連携加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 個別機能訓練加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 口腔機能向上加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 科学的介護推進体制加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |

|      |                    |                                                    |  |                              |                                                               |                  |                  |
|------|--------------------|----------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| □ 73 | 小規模多機能型居宅介護        | □ 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所     |  | 職員の欠員による減算の状況                | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員                                      | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                    |                                                    |  | 身体拘束廃止取組の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 業務継続計画策定の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 特別地域加算                       | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当 □ 2 該当                                                |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 認知症加算                        | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 若年性認知症利用者受入加算                | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 看護職員配置加算                     | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ □ 4 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 看取り連携体制加算                    | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 訪問体制強化加算                     | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 総合マネジメント体制強化加算               | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 科学的介護推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 生産性向上推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | サービス提供体制強化加算                 | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 介護職員等処遇改善加算                  | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
| □ 68 | 小規模多機能型居宅介護（短期利用型） | □ 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所     |  | 職員の欠員による減算の状況                | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員                                      | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                    |                                                    |  | 身体拘束廃止取組の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 業務継続計画策定の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当 □ 2 該当                                                |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 生産性向上推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | サービス提供体制強化加算                 | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 介護職員等処遇改善加算                  | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
| □ 32 | 認知症対応型共同生活介護       | □ 1 I型<br>□ 2 II型<br>□ 3 サテライト型I型<br>□ 4 サテライト型II型 |  | 夜間勤務条件基準                     | □ 1 基準型 □ 6 減算型                                               | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                    |                                                    |  | 職員の欠員による減算の状況                | □ 1 なし □ 2 介護従業者                                              |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 身体拘束廃止取組の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 業務継続計画策定の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合     | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 夜間支援体制加算                     | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 若年性認知症利用者受入加算                | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 利用者の入院期間中の体制                 | □ 1 対応不可 □ 2 対応可                                              |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 看取り介護加算                      | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 医療連携体制加算Ⅰ                    | □ 1 なし □ 4 加算Ⅰイ □ 3 加算Ⅰロ □ 2 加算Ⅰハ                             |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 医療連携体制加算Ⅱ                    | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 認知症専門ケア加算                    | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 認知症チームケア推進加算                 | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 科学的介護推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 生産性向上推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | サービス提供体制強化加算                 | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                    |                                                    |  | 介護職員等処遇改善加算                  | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |

|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  |                           |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 38 | 認知症対応型<br>共同生活介護<br>(短期利用型)     | <input type="checkbox"/> 1 I型<br><input type="checkbox"/> 2 II型<br><input type="checkbox"/> 3 サテライト型I型<br><input type="checkbox"/> 4 サテライト型II型                   |  | 夜間勤務条件基準                  | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 職員の欠員による減算の状況             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 介護従業者                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 身体拘束廃止取組の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 業務継続計画策定の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 夜間支援体制加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 若年性認知症利用者受入加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 医療連携体制加算I                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 4 加算Iイ <input type="checkbox"/> 3 加算Iロ <input type="checkbox"/> 2 加算Iハ                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 医療連携体制加算II                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算I           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算II          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 生産性向上推進体制加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | サービス提供体制強化加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 介護職員等処遇改善加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 職員の欠員による減算の状況             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 身体拘束廃止取組の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 業務継続計画策定の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 入居継続支援加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | テクノロジーの導入<br>(入居継続支援加算関係) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 生活機能向上連携加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算I <input type="checkbox"/> 2 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 個別機能訓練加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | ADL維持等加算〔申出〕の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 夜間看護体制加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算I <input type="checkbox"/> 2 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 若年性認知症入居者受入加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 看取り介護加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 認知症専門ケア加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 科学的介護推進体制加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算I           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算II          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 生産性向上推進体制加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | サービス提供体制強化加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 2 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 介護職員等処遇改善加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 28 | 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護<br>(短期利用型) | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 5 サテライト型有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 6 サテライト型軽費老人ホーム |  | 職員の欠員による減算の状況             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 身体拘束廃止取組の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 業務継続計画策定の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 夜間看護体制加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算I <input type="checkbox"/> 2 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 若年性認知症入居者受入加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算I           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算II          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 生産性向上推進体制加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | サービス提供体制強化加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 2 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                             |                                 |                                                                                                                                                                  |  | 介護職員等処遇改善加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV |                                                                |                                                                |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 54            | 地域密着型<br>介護老人福祉施設<br>入所者生活介護                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 4 サテライト型ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 1 経過施設以外<br><input type="checkbox"/> 2 経過施設 | 夜間勤務条件基準                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 4 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 職員の欠員による減算の状況               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | ユニットケア体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                      |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 身体拘束廃止取組の有無                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 安全管理体制                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無              | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 業務継続計画策定の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 日常生活継続支援加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | テクノロジーの導入<br>（日常生活継続支援加算関係） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 看護体制加算Ⅰ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 看護体制加算Ⅱ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 夜勤職員配置加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | テクノロジーの導入<br>（夜勤職員配置加算関係）   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 準ユニットケア体制                   | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 生活機能向上連携加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 個別機能訓練加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ                                                                           |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | ADL維持等加算〔申出〕の有無             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 若年性認知症入所者受入加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 常勤専従医師配置                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 精神科医師定期的療養指導                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 障害者生活支援体制                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 栄養マネジメント強化体制                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 療養食加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 配置医師緊急時対応加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 看取り介護体制                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 在宅・入所相互利用体制                 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 小規模拠点集合体制                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 認知症専門ケア加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 認知症チームケア推進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 褥瘡マネジメント加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
| 排せつ支援加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 自立支援促進加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 科学的介護推進体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 安全対策体制          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |

|                             |                                      |                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 77 | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護)       | <input type="checkbox"/> 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>訪問看護体制減算<br>サテライト体制<br>特別地域加算<br>中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況）<br>認知症加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>緊急時対応加算<br>特別管理体制<br>専門管理加算<br>ターミナルケア体制<br>遠隔死亡診断補助加算<br>看護体制強化加算<br>訪問体制強化加算<br>総合マネジメント体制強化加算<br>褥瘡マネジメント加算<br>排せつ支援加算<br>科学的介護推進体制加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| <input type="checkbox"/> 79 | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護・短期利用型) | <input type="checkbox"/> 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況）<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| <input type="checkbox"/> 74 | 介護予防認知症対応型<br>通所介護                   | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型<br><input type="checkbox"/> 3 共用型   |  | 職員の欠員による減算の状況<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>感染症又は災害の発生を理由とする<br>利用者数の減少が一定以上生じてい<br>る場合の対応<br>時間延長サービス体制<br>入浴介助加算<br>生活機能向上連携加算<br>個別機能訓練加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>科学的介護推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |

|      |                                |                                                            |  |                                  |                                                               |                  |                  |
|------|--------------------------------|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| □ 75 | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護            | □ 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型介護予防小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員                                      | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 特別地域加算                           | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当 □ 2 該当                                                |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 総合マネジメント体制強化加算                   | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 科学的介護推進体制加算                      | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 生産性向上推進体制加算                      | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | サービス提供体制強化加算                     | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 介護職員等処遇改善加算                      | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員                                      |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
| □ 69 | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護<br>（短期利用型） | □ 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型介護予防小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                |                                                            |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当 □ 2 該当                                                |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 生産性向上推進体制加算                      | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | サービス提供体制強化加算                     | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 介護職員等処遇改善加算                      | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 夜間勤務条件基準                         | □ 1 基準型 □ 6 減算型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし □ 2 介護従業者                                              |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 3ユニットの事業所が夜勤職員を<br>2人以上とする場合     | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 夜間支援体制加算                         | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 利用者の入院期間中の体制                     | □ 1 対応不可 □ 2 対応可                                              |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 認知症専門ケア加算                        | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
| □ 37 | 介護予防認知症対応型<br>共同生活介護           | □ 1 I 型<br>□ 2 II 型<br>□ 3 サテライト型 I 型<br>□ 4 サテライト型 II 型   |  | 認知症チームケア推進加算                     | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                |                                                            |  | 科学的介護推進体制加算                      | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ                  | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ                  | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 生産性向上推進体制加算                      | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | サービス提供体制強化加算                     | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                                |                                                            |  | 介護職員等処遇改善加算                      | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |



|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| □ 78            | 地域密着型通所介護                        | □ 1 地域密着型通所介護事業所                                   |  | 職員の欠員による減算の状況                 | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | □ 1 減算型      □ 2 基準型                          |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 業務継続計画策定の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型                          |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 時間延長サービス体制                    | □ 1 対応不可      □ 2 対応可                         |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(生活介護事業所)       | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(自立訓練事業所)       | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(児童発達支援事業所)     | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(放課後等デイサービス事業所) | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 生活相談員配置等加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 入浴介助加算                        | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ              |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 中重度者ケア体制加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 生活機能向上連携加算                    | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ              |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 個別機能訓練加算                      | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰイ      □ 3 加算Ⅰロ            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | ADL維持等加算〔申出〕の有無               | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 認知症加算                         | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 若年性認知症利用者受入加算                 | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制               | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 口腔機能向上加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 科学的介護推進体制加算                   | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | □ 72                          | 認知症対応型通所介護                                    | □ 1 単独型<br>□ 2 併設型<br>□ 3 共用型 |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無  | □ 1 減算型      □ 2 基準型             |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 業務継続計画策定の有無     | □ 1 減算型      □ 2 基準型             |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 時間延長サービス体制      | □ 1 対応不可      □ 2 対応可            |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 入浴介助加算          | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 生活機能向上連携加算      | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 個別機能訓練加算        | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無 | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 若年性認知症利用者受入加算   | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制 | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 口腔機能向上加算        | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 科学的介護推進体制加算     | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| □ 73            | 小規模多機能型居宅介護                      | □ 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  |                               |                                               |                               |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 特別地域加算                           | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 認知症加算                            | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ   |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                 |                                  |                                                    |  | 看護職員配置加算                      | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ      □ 4 加算Ⅲ |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 看取り連携体制加算                     | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 訪問体制強化加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 総合マネジメント体制強化加算                | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ              |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 科学的介護推進体制加算                   | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |

|                             |                                |                                                                                                      |  |                                  |                                                                                               |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 68 | 小規模多機能型居宅介護<br>(短期利用型)         | <input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型小規模多機能型<br>居宅介護事業所     |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                  |
| <input type="checkbox"/> 77 | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護) | <input type="checkbox"/> 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 訪問看護体制減算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | サテライト体制                          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 特別地域加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                  |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 認知症加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 緊急時対応加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 特別管理体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 専門管理加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | ターミナルケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 遠隔死亡診断補助加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 看護体制強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 訪問体制強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 総合マネジメント体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 褥瘡マネジメント加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 排せつ支援加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 科学的介護推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |

|                                  |                                      |                                                            |  |                                  |                                    |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| □ 79                             | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護・短期利用型) | □ 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所     |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                |
| □ 74                             | 介護予防認知症対応型<br>通所介護                   | □ 1 単独型<br>□ 2 併設型<br>□ 3 共用型                              |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 時間延長サービス体制                       | □ 1 対応不可      □ 2 対応可              |
|                                  |                                      |                                                            |  | 入浴介助加算                           | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ   |
|                                  |                                      |                                                            |  | 生活機能向上連携加算                       | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ   |
|                                  |                                      |                                                            |  | 個別機能訓練加算                         | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                  | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 口腔機能向上加算                         | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 科学的介護推進体制加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | □ 75                             | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護                |
| 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型                 |                                                            |  |                                  |                                    |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型                 |                                                            |  |                                  |                                    |
| 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型                 |                                                            |  |                                  |                                    |
| 特別地域加算                           | □ 1 なし      □ 2 あり                   |                                                            |  |                                  |                                    |
| 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                  |                                                            |  |                                  |                                    |
| 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                   |                                                            |  |                                  |                                    |
| 総合マネジメント体制強化加算                   | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ     |                                                            |  |                                  |                                    |
| □ 69                             | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護<br>(短期利用型)       | □ 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型介護予防小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 科学的介護推進体制加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙1－4)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

| 事業所番号            |        |        |                                      |                                                                                                                            |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|------------------|--------|--------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 提供サービス           | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他の該当する体制等                          | LIFEへの登録                                                                                                                   | 割引                                                             |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ A2 訪問型サービス（独自） |        |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                              | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                              |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）           | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                               |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上）） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                               |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）    | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                               |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 特別地域加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                               |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                               |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 口腔連携強化加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        |                                      |                                                                                                                            |                                                                |                                                                |  | 介護職員等処遇改善加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
| □ A6 通所型サービス（独自） |        |        | 職員の欠員による減算の状況                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                              | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                              |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                              |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 若年性認知症利用者受入加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 生活機能向上グループ活動加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 栄養アセスメント・栄養改善体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 口腔機能向上加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 一体的サービス提供加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | サービス提供体制強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 生活機能向上連携加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | 科学的介護推進体制加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |                                                                |                                                                |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|                  |        |        |                                      |                                                                                                                            |                                                                |                                                                |  | 介護職員等処遇改善加算（利用定員19人以上） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|                  |        |        |                                      |                                                                                                                            |                                                                |                                                                |  | 介護職員等処遇改善加算（利用定員19人未満） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|                  |        |        | □ AF 介護予防ケアマネジメント                    |                                                                                                                            |                                                                |                                                                |  | 介護職員等処遇改善加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |

備考 1 「割引」を「あり」と記載する場合は「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について」（別紙51）を添付してください。

2 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙14-7）を添付してください。

3 「同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上）」については、判定結果がわかる書類（「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）又はこれに準じた計算書等）を添付してください。

4 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス |             | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他の該当する体制等                          |                                |                                                                 |
|--------|-------------|--------|--------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| □ A2   | 訪問型サービス（独自） |        |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）           | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上）） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）    | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 特別地域加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 口腔連携強化加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
| □ A6   | 通所型サービス（独自） |        |        | 職員の欠員による減算の状況                        | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|        |             |        |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 若年性認知症利用者受入加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 生活機能向上グループ活動加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 栄養アセスメント・栄養改善体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 口腔機能向上加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 生活機能向上連携加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|        |             |        |        | 科学的介護推進体制加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙50)

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月

市町村長 殿

所在地

名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

|                   |                                   |               |           |                                                                                        |           |              |
|-------------------|-----------------------------------|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| 届出者               | フリガナ<br>名 称                       |               |           |                                                                                        |           |              |
|                   | 主たる事務所の所在地                        | (郵便番号 ー 群市 県) |           |                                                                                        |           |              |
|                   | 連絡先                               | 電話番号          |           |                                                                                        | FAX番号     |              |
|                   | 法人の種別                             | 法人所轄庁         |           |                                                                                        |           |              |
|                   | 代表者の職・氏名                          | 職名            | 氏名        |                                                                                        |           |              |
|                   | 代表者の住所                            | (郵便番号 ー 群市 県) |           |                                                                                        |           |              |
| 事業所・施設の状況         | 主たる事業所・施設の所在地                     | (郵便番号 ー 群市 県) |           |                                                                                        |           |              |
|                   | 連絡先                               | 電話番号          |           |                                                                                        | FAX番号     |              |
|                   | 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 ー 群市 県) |           |                                                                                        |           |              |
|                   | 連絡先                               | 電話番号          |           |                                                                                        | FAX番号     |              |
|                   | 管理者の氏名                            |               |           |                                                                                        |           |              |
|                   | 管理者の住所                            | (郵便番号 ー 群市 県) |           |                                                                                        |           |              |
| 届出を行う事業所・施設の種類の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類                 | 実施事業          | 指定(許可)年月日 | 異動等の区分                                                                                 | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合) |
|                   | 訪問型サービス(独自)                       |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   | 訪問型サービス(独自・定率)                    |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   | 訪問型サービス(独自・定額)                    |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   | 通所型サービス(独自)                       |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   | 通所型サービス(独自・定率)                    |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   | 通所型サービス(独自・定額)                    |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   | 介護予防ケアマネジメント                      |               |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
| 介護保険事業所番号         |                                   |               |           |                                                                                        |           |              |
| 特記事項              | 変 更 前                             |               |           | 変 更 後                                                                                  |           |              |
|                   |                                   |               |           |                                                                                        |           |              |
| 関係書類              |                                   | 別添のとおり        |           |                                                                                        |           |              |

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙51)

令和 年 月 日

市町村長 殿

事業所・施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

## 1 割引率等

事業所番号

| サービスの種類         | 割引率 | 適用条件 |
|-----------------|-----|------|
| 訪問型サービス（独自）     | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 訪問型サービス（独自／定率）  | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 通所型サービス（独自）     | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 通所型サービス（独自／定率）  | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| その他サービス（配食／定率）  | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| その他サービス（見守り／定率） | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| その他サービス（その他／定率） | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 介護予防ケアマネジメント    | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

**参考資料**

老発 0315 第 1 号  
令和 6 年 3 月 15 日  
一部改正 老発 0418 第 1 号  
令和 6 年 4 月 18 日  
一部改正 老発 0313 第 3 号  
令和 7 年 3 月 13 日  
一部改正 老発 0313 第 5 号  
令和 8 年 3 月 13 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長  
( 公 印 省 略 )

介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12 年厚生省告示第 19 号)、「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12 年厚生省告示第 20 号)、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12 年厚生省告示第 21 号)、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 126 号)、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 127 号)、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 128 号)、「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 129 号) 及び「介護保険法施行規則第百四十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」(令和 3 年厚生労働省告示第 72 号) について、それぞれの介護給付費の算定に係る体制等に関する届出に際してその届出項目及び届出様式の記載上の留意点等は下記のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取り扱いにあたっては遺漏なきよう期されたい。

なお、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する

基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」(平成12年3月8日老企第41号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)については、令和6年3月31日をもって廃止する。

## 記

### 第1 届出項目について

居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護保険施設、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所及び地域密着型介護予防サービス事業所(以下「事業所・施設」という。)から届出を求める項目は、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定居宅サービス介護給付単位数表(以下「居宅サービス単位数表」という。)、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準別表指定居宅介護支援介護給付費単位数表(以下「居宅介護支援単位数表」という。)、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表指定施設サービス等介護給付費単位数表(以下「施設サービス等単位数表」という。)、厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数(平成12年厚生省告示第30号。以下「特定診療費単位数表」という。)、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定地域密着型サービス単位数表(以下「地域密着型サービス単位数表」という。)、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定介護予防サービス単位数表(以下「介護予防サービス単位数表」という。)、指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表(以下「地域密着型介護予防サービス単位数表」という。)、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準別表指定介護予防支援介護給付費単位数表及び厚生労働大臣が定める特別療養費に係る指導管理等及び単位数(平成20年厚生労働省告示第273号。以下「特別療養費単位数表」という。)及び介護保険法施行規則第百四十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準別表単位数表(以下「介護予防・日常生活支援総合事業サービス単位表」という。)の中で、介護給付費の算定に際して、

- ① 事前に都道府県知事又は市町村長(特別区の区長を含む。以下同じ。)に届け出なければならないことが告示上明記されている事項
- ② 都道府県知事又は市町村長に対する届出事項として特に規定されているも

のではないが、

- ・ 介護支援専門員が居宅サービス計画を策定する際に支給限度額を管理する
- ・ 介護予防支援事業所の職員が介護予防サービス計画を策定する際に支給限度額を管理する
- ・ 審査支払機関及び保険者において介護給付費の請求に対して適正な審査等を行う

上で必要な事項とし、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所及び介護保険施設については、(別紙1—1)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)」、介護予防サービス事業所については、(別紙1—2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所については、(別紙1—3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス)」、介護予防・日常生活支援総合事業所においては、(別紙1—4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目とする。

## 第2 (別紙2)「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(指定事業者用)」の記載要領について

- ① 「届出者」及び「事業所・施設の状況」については、事業所・施設の指定(許可)申請の際、記載した事項を記載させること。
- ② 「法人の種別」については、申請者が法人である場合に、その種別を記載させること。
- ③ 「法人所轄庁」については、申請者が認可法人である場合に、その所轄官庁の名称を記載させること。
- ④ 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」については、複数の出張所(以下「サテライト事業所」という。)を有する場合は、適宜欄を補正し、全てのサテライト事業所の状況について記載させること。
- ⑤ 「実施事業」については、該当事業欄に○印を記載させること。
- ⑥ 「異動等の区分」については、今回届出を行う事業所・施設の異動の別(1新規・2変更・3終了)について記載させること。
- ⑦ 「異動項目」については、体制状況一覧表で選択した項目をそのまま記載させること。
- ⑧ 「特記事項」については、変更の届出を行う際、変更内容がわかるよう変更前の状況と変更後の状況の詳細を記載させること。

## 第3 (別紙3)「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書(基準該当事業者用)」

の記載要領について

- ① 「届出者」及び「事業所の状況」については、基準該当サービス事業所の登録申請の際、記載した事項を記載させること。
- ② 「市町村が定める率」については、全国共通の介護報酬額に対して市町村の判断により定める支給基準の上限を百分率（〇〇〇％）で記載させること。例えば、全国共通の介護報酬額と同じ場合は、「100％」と記載させ、全国共通の介護報酬額より5％減じる場合は、「95％」と記載させることになる。  
なお、市町村が前記の率を設定し、又は変更した場合は、（別紙4）「基準該当サービスに係る特例居宅介護サービス費、特例介護予防サービス費、特例居宅介護サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給に係る上限の率の設定について」により届出を求めるものとする。
- ③ 「法人の種別」「法人所轄庁」「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」「実施事業」「異動等の区分」「異動項目」「特記事項」については、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（指定事業者用）」と同様であるため、第2の②から⑧までを準用すること。

第4 （別紙3—2）「介護給付費算定に係る体制等に関する進達書（地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用）（居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用）」の記載要領について

- ① 「届出者」及び「事業所の状況」については、地域密着型サービス事業所又は介護予防支援事業所の登録申請の際、記載した事項を記載させること。
- ② 「市町村が定める単位の有無」については、市町村の判断により定める単位の有無別（1有・2無）について記載する。
- ③ 「法人の種別」「法人所轄庁」「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」「実施事業」「異動等の区分」「異動項目」「特記事項」については、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（指定事業者用）」と同様であるため、第2の②から⑧までを準用すること。

第5 体制状況一覧表の記載要領について

1 各サービス共通事項

- ① 「地域区分」は、厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成27年厚生労働省告示第93号）第2号に規定する地域区分をいい、事業所の所在する地域の地域区分を記載させること。
- ② 「L I F Eへの登録」については、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）（以下「L I F E」という。）の利用状況をいい、L I F Eの利用を開始している場合に「あり」と記載させること。

- ③ 「割引」については、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防訪問入浴介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、介護予防認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）を実施する事業所又は施設が、居宅サービス単位数表、施設サービス等単位数表、介護予防サービス単位数表、地域密着型サービス単位数表及び地域密着型介護予防サービス単位数表に定める額より低い額で介護サービスを実施する場合に、「あり」と記載させること。

なお、割引を「あり」とした場合は、その割引の率等の状況が分かる（別紙5）「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」又は（別紙5—2）「地域密着型サービス事業者又は地域密着型介護予防サービス事業者による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」を添付させることとし、また、割引の率等を変更した場合も当該別紙により届出を求めるものとする。

- ④ 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」で設備等に係る届出を行う場合は、当該施設又は設備等の状況が分かる（別紙6）「平面図」を添付させること。
- ⑤ 「人員配置区分」及び「その他該当する体制等」で人員配置の状況に係る届出を行う場合は、（別紙7）「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を添付させること。なお、各事業所・施設において使用している勤務割表（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表）等により、届出の対象となる従業員の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び職種ごとの配置状況等が確認できる場合は、当該書類をもって添付書類として差し支えない。

加えて、短期入所生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について、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（平成12年厚生省告示第29号。以下「夜勤職員基準」という。）第1号ロ(1)㊦、第4号イ(1)㊦及び㊧、第4号ロ(1)㊦及び㊧、第5号イ(1)㊦及び㊧又は第8号ロ(1)のテクノロジー

ジーを導入する規定に該当する場合は、「(再掲) 夜勤職員」に必要事項を記載の上、別紙 7—3「テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準(従来型)」に係る届出書を添付させること。なお、当該届出にあたっては、「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」のテクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準における留意点について」(令和 6 年 3 月 15 日老高発 0315 第 3 号・老認発 0315 第 3 号・老老発 0315 第 3 号)を参照すること。

- ⑥ 訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問看護、通所介護、介護予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護で、サテライト事業所がある場合には、サテライト事業所分について別葉にして記載させること。

## 2 訪問介護

- ① 「施設等の区分」については、事業所の運営規程において定める「指定訪問介護の内容」に従って記載させること。例えば、指定訪問介護の内容を身体介護中心型に限定する場合は「身体介護」を、指定訪問介護の内容を限定しない場合は「身体介護」「生活援助」「通院等乗降介助」の全てを記載させること。
- ② 「定期巡回・随時対応サービスに関する状況」については、厚生労働大臣が定める基準(平成 27 年厚生労働省告示第 95 号。以下「大臣基準告示」という。)第 1 号ロ(1)に該当する場合は「定期巡回の指定を受けている」と、同号ロ(2)に該当する場合は「定期巡回の整備計画がある」と、いずれにも該当しない場合は「定期巡回の指定を受けていない」と記載させること。また、(別紙 8)「定期巡回・随時対応サービスに関する状況等に係る届出書」を添付させること。
- ③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 2 号に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 2 号の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「特定事業所加算」における「特定事業所加算(V以外)」については、大臣基準告示第 3 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。また、(別紙 9)「特定事業所加算Ⅰ～Ⅳに係る届出書(訪問介護事業所)」を添付させること。

「特定事業所加算」における「特定事業所加算Ⅴ」については、大臣基準

告示第3号ホに該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙9—2)「特定事業所加算Ⅴに係る届出書(訪問介護事業所)」を添付させること。

さらに、「特定事業所加算Ⅰ・Ⅲ」については、(別紙9—3)「重度要介護者等対応要件の割合に関する計算書(特定事業所加算(Ⅰ)・(Ⅲ))」を添付させること。

- ⑥ 「共生型サービスの提供」については、障害福祉制度の指定居宅介護事業所が、介護保険制度の共生型訪問介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「居宅介護事業所」に、障害福祉制度の指定重度訪問介護事業所が、介護保険制度の共生型訪問介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「重度訪問介護事業所」に、それぞれ「あり」と記載させること。
- ⑦ 「同一建物減算」については、居宅サービス単位数表1のイからハまでの注12に規定する同一敷地内建物等に居住する者に対して指定訪問介護を行った場合は「同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供)」に「該当」と、同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して指定訪問介護を行った場合は「同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供(利用者50人以上))」に「該当」と、同一敷地内建物等に居住する者に対して指定訪問介護を行い、かつ、大臣基準告示第3号の2に該当している場合は「同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上)」に「該当」と、記載させること。また、「同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供(利用者50人以上))」に該当する場合を除き、(別紙10)「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」を添付させること。
- ⑧ 「特別地域加算」については、事業所の所在する地域が厚生労働大臣が定める地域(平成24年厚生労働省告示第120号)及び厚生労働大臣が定める地域第六号の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域(令和3年厚生労働省告示第74号)に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑨ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域(平成21年厚生労働省告示第83号)第1号に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- また、「規模に関する状況」については、厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号。以下「施設基準」という。)第1号に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ⑩ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第3号の3に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙11)「口腔連携強化加算に関す

る届出書」を添付させること。

- ⑪ 「認知症専門ケア加算」については、大臣基準告示第3号の4イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙12)「認知症専門ケア加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第4号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

### 3 訪問入浴介護

- ① 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第4号の4に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ② 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第4号の5に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ③ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ④ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。  
また、「規模に関する状況」については、施設基準第2号に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ⑤ 「認知症専門ケア加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑪を準用すること。
- ⑥ 「看取り連携体制加算」については、施設基準第2号の2に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙13)「看取り連携体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑦ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第5号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙14)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑧ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑫を準用すること。

### 4 訪問看護

- ① 「施設等の区分」については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第60条第1項第1号に規定する事業所の場合に「訪問看護ステーション」と、第2号に規定する事業所の場合に「病院又は診療所」

と、施設基準第3号に該当する場合に「定期巡回・随時対応サービス連携」とそれぞれ記載させること。

また、「定期巡回・随時対応サービス連携」については、(別紙15)「訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書」を添付させること。

- ② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第6号の2に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第6号の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ⑤ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第4号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ⑥ 「緊急時訪問看護加算」については、大臣基準告示第7号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙16)「緊急時(介護予防)訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。
- ⑦ 「特別管理体制」については、居宅サービス単位数表3のイからハまでの注13に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙16)「緊急時(介護予防)訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。
- ⑧ 「専門管理加算」については、大臣基準告示第7号の2に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙17)「専門管理加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑨ 「ターミナルケア体制」については、大臣基準告示第8号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙16)「緊急時(介護予防)訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。
- ⑩ 「遠隔死亡診断補助加算」については、大臣基準告示第8号の2に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙18)「遠隔死亡診断補助加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑪ 「看護体制強化加算」については、大臣基準告示第9号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙19)「看護体制強化加算に係る届出書((介護予防)訪問看護事業

所)」を添付させること。

- ⑫ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第 9 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 11)「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑬ 「サービス提供体制強化加算」については、「施設等の区分」における記載に応じて、大臣基準告示第 10 号イに該当する場合に「加算Ⅰ（イ及びロの場合）」又は「加算Ⅰ（ハの場合）」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ（イ及びロの場合）」又は「加算Ⅱ（ハの場合）」と記載させること。また、(別紙 14—2)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑭ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 10 号の 2 に該当する場合に「あり」と記載させること。

## 5 訪問リハビリテーション

- ① 「施設等の区分」については、病院又は診療所の場合に「病院又は診療所」と、介護老人保健施設の場合に「介護老人保健施設」と、介護医療院の場合に「介護医療院」と記載させること。
- ② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 11 号に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 11 号の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ⑤ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。  
また、「規模に関する状況」については、施設基準第 4 号の 2 に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ⑥ 「リハビリテーションマネジメント加算」については、大臣基準告示第 12 号イに該当する場合に「加算イ」と、大臣基準告示第 12 号ロに該当する場合に「加算ロ」と記載させること。なお、「加算ロ」と記載した場合には「加算イ」にも記載したこととする。
- ⑦ 「リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明」については、訪問リハビリテーション計画について、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に、「あり」と記載させること。
- ⑧ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第 12 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 11)「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。

- ⑨ 「移行支援加算」については、居宅サービス単位数表 4 のハに該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 20)「訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑩ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 14 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 14—2)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑪ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4 ⑭を準用すること。

## 6 居宅療養管理指導

- ① 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑧を準用すること。
- ② 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑨を準用すること。  
また、「規模に関する状況」については、施設基準第 4 号の 3 に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ③ 「医療用麻薬持続注射療法加算」については、施設基準第 4 号の 5 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ④ 「在宅中心静脈栄養法加算」については、施設基準第 4 号の 6 に該当する場合に、「あり」と記載させること。

## 7 通所介護

- ① 「施設等の区分」については、施設基準第 5 号イに該当する場合に「通常規模型事業所」と、同号ロに該当する場合に「大規模型事業所Ⅰ」と、同号ハに該当する場合に「大規模型事業所Ⅱ」と記載させること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定居宅サービス等基準第 93 条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。  
なお、職員の欠員とは、指定通所介護の単位ごとの一月当たり職員数が当該基準に満たない場合をいう。
- ③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 14 号の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 14 号の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応」については、居宅サービス単位数表 6 のイからハまでの注 5 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、利用延人員数が減少し

ていることが分かる書類を添付させること。

- ⑥ 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に、「対応可」と記載させること。
- ⑦ 「共生型サービスの提供」については、障害福祉制度の指定生活介護事業所が、介護保険制度の共生型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「生活介護事業所」に、障害福祉制度の指定自立訓練事業所が、介護保険制度の共生型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「自立訓練事業所」に、障害福祉制度の指定児童発達支援事業所が、介護保険制度の共生型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「児童発達支援事業所」に、障害福祉制度の指定放課後等デイサービス事業所が、介護保険制度の共生型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「放課後等デイサービス事業所」に、それぞれ「あり」と記載させること。
- ⑧ 「生活相談員配置等加算」については、大臣基準告示第 14 号の 4 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 21)「生活相談員配置等加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑨ 「入浴介助加算」については、大臣基準告示第 14 号の 5 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、加算Ⅰ又は加算Ⅱいずれの場合にあっても、浴室部分の状況がわかる平面図等及び研修を実施または、実施することが分かる資料等を添付させること。
- ⑩ 「中重度者ケア体制加算」については、大臣基準告示第 15 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 22)「中重度者ケア体制加算に係る届出書」及び(別紙 22—2)「利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)」を添付させること。
- ⑪ 「生活機能向上連携加算」については、大臣基準告示第 15 号の 2 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。
- ⑫ 「個別機能訓練加算」については、大臣基準告示第 16 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と記載させること。
- ⑬ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、居宅サービス単位数表注 14 に規定する加算について、通所介護事業所が算定の評価対象となるための申出を行う場合に「あり」と記載させること。
- ⑭ 「認知症加算」については、大臣基準告示第 17 号に該当する場合に、「あ

り」と記載させること。また、(別紙 23)「認知症加算に係る届出書」及び(別紙 23—2)「利用者の割合に関する計算書(認知症加算)」を添付させること。

- ⑮ 「若年性認知症利用者受入加算」については、大臣基準告示第 18 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑯ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、居宅サービス単位数表 6 のイからハまでの注 17 又は注 18 に該当する場合に「あり」と記載させること。
- ⑰ 「口腔機能向上加算」については、大臣基準告示第 20 号に該当する場合に「あり」と記載させること。
- ⑱ 「科学的介護推進体制加算」については、居宅サービス単位数表 6 のイからハまでの注 21 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑲ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 23 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—3)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑳ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑫を準用すること。

## 8 通所リハビリテーション

- ① 「施設等の区分」については、病院又は診療所である指定通所リハビリテーション事業所であって施設基準第 6 号イ(1)に規定する事業所の場合に「通常規模の事業所(病院・診療所)」と、同号ロに規定する事業所の場合に「大規模の事業所(病院・診療所)」と、同号イ(2)に規定する事業所の場合に「大規模の事業所(特例)(病院・診療所)」と、介護老人保健施設である指定通所リハビリテーション事業所であって同号イ(1)に規定する事業所の場合に「通常規模の事業所(介護老人保健施設)」と、同号ロに規定する事業所の場合に「大規模の事業所(介護老人保健施設)」と、同号イ(2)に規定する事業所の場合に「大規模の事業所(特例)(介護老人保健施設)」と、介護医療院である指定通所リハビリテーション事業所であって同号イ(1)に規定する事業所の場合に「通常規模の事業所(介護医療院)」と、同号ロに規定する事業所の場合に「大規模の事業所(介護医療院)」と、同号イ(2)に規定する事業所の場合に「大規模の事業所(特例)(介護医療院)」と、記載させること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定居宅サービス等基準第 111 条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

なお、職員の欠員とは、指定通所リハビリテーションの単位ごとの一月当たり職員数が当該基準に満たない場合をいう。

- ③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 24 号の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 24 号の 3 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応」については、通所介護と同様であるため、7 ⑤を準用すること。
- ⑥ 「時間延長サービス体制」については、通所介護と同様であるため、7 ⑥を準用すること。
- ⑦ 「リハビリテーション提供体制加算」については、大臣基準告示第 24 号の 4 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑧ 「入浴介助加算」については、大臣基準告示第 24 号の 5 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、加算Ⅰ又は加算Ⅱいずれの場合にあっても、浴室部分の状況がわかる平面図等を添付させること。
- ⑨ 「リハビリテーションマネジメント加算」については、大臣基準告示第 25 号イに該当する場合に「加算イ」と、同じ号ロに該当する場合に「加算ロ」と、同号ハに該当する場合に「加算ハ」と記載させること。なお、「加算ロ」と記載した場合には「加算イ」にも記載したこととし、「加算ハ」と記載した場合は「加算イ」及び「加算ロ」にも記載したこととする。
- ⑩ 「リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明」については、通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に、「あり」と記載させること。
- ⑪ 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」については、居宅サービス単位数表 7 のイ及びロの注 12 に該当する場合に、「加算Ⅰ」又は「加算Ⅱ」と記載させること。なお、「加算Ⅰ」「加算Ⅱ」を限定しない場合は、「加算Ⅰ」「加算Ⅱ」の全てを記載させること。
- ⑫ 「生活行為向上リハビリテーション実施加算」については、居宅サービス単位数表 7 のイ及びロの注 13 に該当する場合に「あり」と記載させること。
- ⑬ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。
- ⑭ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、居宅サービス単位数表 7 のイ及びロの注 15 又は注 16 に該当する場合に「あり」と記載させること。
- ⑮ 「口腔機能向上加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑰を準用すること。

- ⑯ 「中重度者ケア体制加算」については、大臣基準告示第 31 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 22)「中重度者ケア体制加算に係る届出書」及び(別紙 22—2)「利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)」を添付させること。
- ⑰ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑱を準用すること。
- ⑱ 「移行支援加算」については、大臣基準告示第 32 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 24)「通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑲ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 33 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—3)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑳ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑫を準用すること。

## 9 短期入所生活介護

- ① 「施設等の区分」については、指定短期入所生活介護事業所であって指定居宅サービス等基準第 140 条の 4 第 1 項に規定するユニット型指定短期入所生活介護事業所でないもののうち、指定居宅サービス等基準第 121 条第 2 項又は第 4 項に規定する事業所の場合に「併設型・空床型」と、それ以外の事業所の場合に「単独型」と記載させること。また、ユニット型指定短期入所生活介護事業所のうち、指定居宅サービス等基準 121 条第 2 項又は第 4 項に規定する事業所の場合に「併設型・空床型ユニット型」と、それ以外の事業所の場合に「単独型ユニット型」と記載させること。
- ② 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第 1 号イ又はロに規定する基準を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成 12 年厚生省告示第 27 号。以下「通所介護費等算定方法」という。)第 3 号ロからホまでのいずれか該当するものを記載させること。なお、指定居宅サービス等基準上は、看護職員又は介護職員は「看護職員」となっており、職種の区別がないので、「看護職員」としての員数が指定居宅サービス等基準を満たさなくなった際の、直接の要因となった職種を記載させるものとする。
- ④ 「ユニットケア体制」については、施設基準第 11 号に該当する場合に、「対

応可」と記載させること。

- ⑤ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 34 号の 3 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 34 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 34 号の 3 の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「共生型サービスの提供」については、障害福祉制度の指定短期入所事業所が、介護保険制度の共生型短期入所生活介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合に、「あり」と記載させること。
- ⑨ 「生活相談員配置等加算」については、大臣基準告示第 34 号の 4 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 21)「生活相談員配置等加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑩ 「生活機能向上連携加算」については、大臣基準告示第 34 号の 5 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。
- ⑪ 「機能訓練指導体制」については、居宅サービス単位数表 8 のイの注 9 に該当する場合に「あり」と記載させること。
- ⑫ 「個別機能訓練体制」については、大臣基準告示第 36 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑬ 「看護体制加算」については、施設基準第 12 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハ又はニに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ホ又はヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記入させること。また、(別紙 25)「看護体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑭ 「医療連携強化加算」については、大臣基準告示第 37 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 26)「医療連携強化加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑮ 「看取り連携体制加算」については、大臣基準告示第 37 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 13)「看取り連携体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑯ 「夜勤職員配置加算」については、夜勤職員基準第 1 号ハ(1)又は(2)に該当する場合に「加算Ⅰ・加算Ⅱ」と、同号ハ(3)又は(4)に該当する場合に「加算Ⅲ・加算Ⅳ」と記載させること。
- ⑰ 「テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算関係)」については、夜勤職員基準第 1 号ハ(1)(ニ)ただし書又は(2)(ニ)ただし書に該当する場合に、「あり」と記載

させること。また、(別紙 27)「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」を添付させること。

- ⑮ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。
- ⑯ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑰ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第 34 号の 6 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 11)「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑱ 「療養食加算」については、大臣基準告示第 35 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ㉒ 「認知症専門ケア加算」については、大臣基準告示第 3 号の 5 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 12-2)「認知症専門ケア加算に係る届出書」を添付させること。
- ㉓ 「生産性向上推進体制加算」については、大臣基準告示第 37 号の 3 イに該当する場合に、「加算Ⅰ」、同号ロに該当する場合は「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 28)「生産性向上推進体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ㉔ 「サービス提供体制強化加算(単独型)」及び「サービス提供体制強化加算(併設型、空床型)」については、大臣基準告示第 38 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。

なお、届出の際は、「サービス提供体制強化加算(単独型)」と「サービス提供体制強化加算(併設型、空床型)」についてそれぞれ、記載させること。

- ㉕ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 39 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。なお、施設等の区分が「併設型・空床型」又は「併設型・空床ユニット型」である指定短期入所生活介護事業所の場合は、「併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況」について、該当するものを記載させること。
- ㉖ 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、「空床型」を実施する場合は、②から⑦まで、⑩、⑪、⑬、⑯から㉒まで、㉔、㉕、㉗及び㉙までについて

は内容が重複するので、届出は不要とすること。

介護老人福祉施設にて日常生活継続支援加算に係る届出をした場合で、短期入所生活介護における「空床型」にてサービス提供体制強化加算を算定する場合は、「空床型」にてサービス提供体制強化加算を算定する旨の届出を提出する必要がある。

なお、届出内容については、介護老人福祉施設における状況を記載すれば足りるものである。

#### 10 短期入所療養介護（介護老人保健施設型）

- ① 「施設等の区分」については、介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であって指定居宅サービス等基準第 155 条の 4 に規定するユニット型指定短期入所療養介護事業所でないもののうち、居宅サービス単位数表 9 のイ(1)(一)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅰ」と、イ(1)(二)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅱ」と、イ(1)(三)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅲ」と、イ(1)(四)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅳ」と記載させること。また、介護老人保健施設であるユニット型指定短期入所療養介護事業所であるもののうち、居宅サービス単位数表 9 のイ(2)(一)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅰ」と、イ(2)(二)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅱ」と、イ(2)(三)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅲ」と、イ(2)(四)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅳ」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、「介護老人保健施設Ⅰ」の場合は、施設基準第 14 号イ(1)又はロ(1)に該当する場合に「基本型」と、同号イ(2)又はロ(2)に該当する場合も「在宅強化型」と記載させ、令和 6 年 9 月サービス提供分までは（別紙 29）・令和 6 年 10 月サービス提供分以降は（別紙 29－2）「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書」を添付させること。また、「介護老人保健施設Ⅱ」又は「介護老人保健施設Ⅲ」の場合は、同号イ(3)若しくは(5)又はロ(3)若しくは(5)に該当する場合に、「療養型」と記載させ、（別紙 29－3）「介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算Ⅱに係る届出書」を添付させること。
- ③ 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第 2 号イに規定する基準を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、指定居宅サービス等基準第 142 条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

- ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 39 号の 3 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 39 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 39 号の 3 の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「室料相当額控除」については、施設基準第 16 号の 2 に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ⑩ 「夜勤職員配置加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑯を準用すること。
- ⑪ 「リハビリテーション提供体制」については、厚生労働大臣が定める特別療養費に係る施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 274 号。以下「特別療養費に係る施設基準等」という。）第 8 号に該当する場合に「言語聴覚療法」と、第 9 号に該当する場合に「精神科作業療法」と記載させること。また、前記に掲げるもののほか、特別療養費単位数表に規定する特別療養費に係る管理を行っている場合に、「その他」と記載させること。

届出に当たっては、これらの介護報酬又はこれらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。
- ⑫ 「認知症ケア加算」については、施設基準第 17 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑬ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑭ 「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」については、大臣基準告示第 39 号の 4 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させ、令和六年九月サービス提供分までは（別紙 29）・令和六年十月サービス提供分以降は（別紙 29-2）「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑮ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑯ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第 39 号の 6 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、（別紙 11）「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑰ 「特別療養費加算項目」については、特別療養費に係る施設基準等第 5 号

に該当する場合に「重症皮膚潰瘍管理指導」と、第6号に該当する場合に「薬剤管理指導」と記載させること。また、届出に当たっては、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。

- ⑮ 「療養体制維持特別加算Ⅰ」については、施設基準第18号イに該当する場合に「あり」と、「療養体制維持特別加算Ⅱ」については、同号ロに該当する場合に「あり」と記載させること。また、「療養体制維持特別加算Ⅱ」については、(別紙29-3)「介護老人保健施設(療養型)の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算Ⅱに係る届出書」を添付させること。
- ⑯ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑮を準用すること。
- ⑰ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑰を準用すること。
- ⑱ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑱を準用すること。
- ㉒ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第40号イ(1)に該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロ(1)に該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハ(1)に該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙14-4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ㉓ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ㉔ 介護老人保健施設に係る届出をした場合は、③から⑭まで、⑰から⑳まで、㉒及び㉓については内容が重複するので、届出は不要とすること。

#### 11 短期入所療養介護(病院療養型)

- ① 指定が複数の病棟にわたっている場合は、病棟ごとに届出させること。
- ② 「施設等の区分」については、療養病床を有する病院である指定短期入所療養介護事業所であって指定居宅サービス等基準第155条の4に規定するユニット型指定短期入所療養介護事業所でないもののうち、居宅サービス単位数表9のロ(1)に該当する場合に「病院療養型」と、ロ(2)に該当する場合に「病院経過型」と記載させること。また、療養病床を有する病院であるユニット型指定短期入所療養介護事業所であるもののうち、居宅サービス単位数表9のロ(3)に該当する場合に「ユニット型病院療養型」と、ロ(4)に該当する場合に「ユニット型病院経過型」と記載させること。

また、「病院経過型」又は「ユニット型病院経過型」の区分を算定する場合については、別途介護老人保健施設等への移行時期、施設設備整備計画や人員配置計画等について記載した介護老人保健施設等への移行準備計画を添付させること。なお、既に介護老人保健施設等として当該計画を届け出てい

る場合には、重ねて届け出ることを要するものではないこと。

- ③ 「人員配置区分」については、「病院療養型」の場合は、施設基準第 14 同号ニ(2)に該当する場合に「Ⅰ型（療養機能強化型 A）」と、同号ニ(3)に該当する場合に「Ⅰ型（療養機能強化型 B）」と、同号ニ(5)に該当する場合に「Ⅱ型（療養機能強化型）」と記載させ、「ユニット型病院療養型」の場合は、同号へ(2)に該当する場合に「ユニット型（療養機能強化型 A）」と、同号へ(3)に該当する場合に「ユニット型（療養機能強化型 B）」と記載させ、（別紙 29—4）「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出書」を添付させること。
- ④ 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第 2 号ロ(1)(一)に該当する場合に「基準型」と、同号ロ(3)(一)に該当する場合に「加算型Ⅰ」と、同号ロ(3)(二)に該当する場合に「加算型Ⅱ」と、同号ロ(3)(三)に該当する場合に「加算型Ⅲ」と、同号ロ(3)(四)に該当する場合に「加算型Ⅳ」と記載させ、前記のいずれにも該当しない場合は「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領により記載させること。

ア 医師の欠員については、医師の配置状況が指定居宅サービス等基準の 6 割未満の場合について記載し、人員配置区分欄の最も配置区分の低い配置区分（病院療養型の場合は「Ⅲ」）を選択し、「その他該当する体制等」欄の「医師」を選択する。ただし、以下に規定する地域に所在する事業所であって医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出た場合は、人員配置区分欄の変更は行わず、「その他該当する体制等」の「医師」のみ選択する。なお、医師に欠員がある場合であって、かつ、以下に規定する地域に事業所が所在する場合であっても、看護職員又は介護職員に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も配置区分の低い配置区分を選択し、「医師」及び欠員該当職種を選択する。

＜厚生労働大臣が定める地域＞

人口 5 万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 一 離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第 2 条第 1 項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 二 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和 37 年法律第 88 号）第 2 条第 1 項に規定する辺地
- 三 山村振興法（昭和 40 年法律第 64 号）第 7 条第 1 項の規定により指定された振興山村
- 四 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和 3 年法律第 19

号) 第2条第1項に規定する過疎地域

イ 看護職員及び介護職員の欠員（看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合が2割未満の場合を含む。）については、人員配置区分欄の最も配置区分の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」の該当職種を選択する。

- ⑥ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑦ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第39号の3の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第39号の3の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第39号の3の4に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑩ 「療養環境基準」については、施設基準第19号に該当する場合に、「減算型」と記載させ、それ以外の場合は「基準型」と記載させること。
- ⑪ 「医師の配置基準」については、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第49条の規定が適用されている場合に「医療法施行規則第四十九条適用」と、同条の規定が適用されていない場合は「基準」と記載させること。
- ⑫ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑬ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑭ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第39号の6に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙11)「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑮ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑯ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉑を準用すること。
- ⑰ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉒を準用すること。
- ⑱ 「特定診療費項目」については、厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る施設基準等（平成12年厚生省告示第31号。以下「特定診療費に係る施設基準等」という。）第5号に該当する場合に「重症皮膚潰瘍管理指導」と、第6号に該当する場合に「薬剤管理指導」と、第9号に該当する場合に「集団コミュニケーション療法」と記載させること。また、届出に当

たっては、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。

- ⑲ 「リハビリテーション提供体制」については、特定診療費に係る施設基準等第7号イに該当する場合に「理学療法Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「作業療法」を、第8号に該当する場合に「言語聴覚療法」と、第11号に該当する場合に「精神科作業療法」と記載させること。また、前記に掲げるもののほか、特定診療費単位数表に規定する特定診療費に係る管理を行っている場合は、「その他」と記載させること。

届出に当たっては、これらの介護報酬又はこれらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。

- ⑳ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第40号イ(2)に該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロ(2)に該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハ(2)に該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙14—4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ㉑ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉔を準用すること。

## 12 短期入所療養介護（診療所型）

- ① 「施設等の区分」については、診療所である指定短期入所療養介護事業所であって指定居宅サービス等基準第155条の4に規定するユニット型指定短期入所療養介護事業所でないもののうち、居宅サービス単位数表9のハ(1)に該当する場合に、「診療所型」と記載させること。また、診療所であるユニット型指定短期入所療養介護事業所の場合に「ユニット型診療所型」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、「診療所型」の場合は、施設基準第14号チ(2)に該当する場合に「Ⅰ型（療養機能強化型A）」と、同号チ(3)に該当する場合に「Ⅰ型（療養機能強化型B）」と記載させ、「ユニット型診療所型」の場合は、同号リ(2)に該当する場合に「ユニット型（療養機能強化型A）」と、同号リ(3)に該当する場合に「ユニット型（療養機能強化型B）」と記載させ、(別紙29—4)「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出書」を添付させること。
- ③ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第39号の3の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第39号の3の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。

- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 39 号の 3 の 4 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
  - ⑦ 「設備基準」については、施設基準第 20 号に該当する場合に「減算型」と記載させ、それ以外の場合に「基準型」と記載させること。
  - ⑧ 「食堂の有無」については、施設基準第 19 号の 2 に該当する場合に「減算型」と記載させ、それ以外の場合に「基準型」と記載させること。
  - ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。
  - ⑩ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
  - ⑪ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第 39 号の 6 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 11)「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。
  - ⑫ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉑を準用すること。
  - ⑬ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉒を準用すること。
  - ⑭ 「特定診療費項目」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11 ⑮を準用すること。
  - ⑮ 「リハビリテーション提供体制」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11 ⑯を準用すること。
  - ⑯ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉓を準用すること。
  - ⑰ 「サービス提供体制強化加算」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11 ⑰を準用すること。
  - ⑱ 「介護職員等处遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉔を準用すること。
- 13 短期入所療養介護（介護医療院型）
- ① 「施設等の区分」については、介護医療院である指定短期入所療養介護事業所であって指定居宅サービス等基準第 155 条の 4 に規定するユニット型指定短期入所療養介護事業所でないもののうち、居宅サービス単位数表 9 のホ(1)に該当する場合に「Ⅰ型介護医療院」と、ホ(2)に該当する場合に「Ⅱ型介護医療院」と、ホ(3)に該当する場合に「特別介護医療院」と記載させること。また、介護医療院であるユニット型指定短期入所療養介護事業所であるもののうち、居宅サービス単位数表 9 のホ(4)に該当する場合に「ユニット型Ⅰ型介護医療院」と、ホ(5)に該当する場合に「ユニット型Ⅱ型介護医療院」と、

- ホ(6)に該当する場合に「ユニット型特別介護医療院」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、「Ⅰ型介護医療院」の場合は、施設基準第14号ヨ(1)に該当する場合に「Ⅰ型Ⅰ」と、同号ヨ(2)に該当する場合に「Ⅰ型Ⅱ」と、同号ヨ(3)に該当する場合に「Ⅰ型Ⅲ」と記載させ、「Ⅱ型介護医療院」の場合は、同号タ(1)に該当する場合に「Ⅱ型Ⅰ」と、同号タ(2)に該当する場合に「Ⅱ型Ⅱ」と、同号タ(3)に該当する場合に「Ⅱ型Ⅲ」と記載させ、「特別介護医療院」の場合は、同号レ(1)に該当する場合に「Ⅰ型」と、同号レ(2)に該当する場合に「Ⅱ型」と記載させ、「ユニット型Ⅰ型介護医療院」の場合は、同号ソ(1)に該当する場合に「Ⅰ型Ⅰ」と、同号ソ(2)に該当する場合に「Ⅰ型Ⅱ」と記載させ、「ユニット型特別介護医療院」の場合は、同号ネ(1)に該当する場合に「Ⅰ型」と、同号ネ(2)に該当する場合に「Ⅱ型」と記載させ、(別紙30)「介護医療院(Ⅰ型)の基本施設サービス費に係る届出書」又は(別紙30-2)「介護医療院(Ⅱ型)の基本施設サービス費に係る届出書」を添付させること。
- ③ 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第2号ハ(1)(一)に該当する場合に「基準型」と、同号ハ(3)(一)に該当する場合に「加算型Ⅰ」と、同号ハ(3)(二)に該当する場合に「加算型Ⅱ」と、同号ハ(3)(三)に該当する場合に「加算型Ⅲ」と、同号ハ(3)(四)に該当する場合に「加算型Ⅳ」と記載させ、前記のいずれにも該当しない場合は「減算型」と記載させること。
- ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、指定居宅サービス等基準第142条に規定する員数を配置していない場合に記載させること。看護職員及び介護職員の欠員(看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合が二割未満の場合を含む。)については、人員配置区分欄の最も配置区分の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」の該当職種を選択する。
- ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第39号の3の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第39号の3の3に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第39号の3の4に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「療養環境基準(廊下)」及び「療養環境基準(療養室)」については、施設基準第19号の3に該当する場合に「減算型」と記載させ、それ以外の場合に「基準型」と記載させること。
- ⑩ 「室料相当額控除」については、Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)の

Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)、Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)又はⅡ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)若しくはⅡ型特別介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)を算定する場合であって、施設基準第 16 号の 2 に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ⑪ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。
- ⑫ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑬ 「口腔連携強化加算」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10 ⑯を準用すること。
- ⑭ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉑を準用すること。
- ⑮ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉒を準用すること。
- ⑯ 「重度認知症疾患療養体制加算」については、施設基準第 21 号の 3 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 31)「介護医療院における重度認知症疾患療養体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑰ 「特別診療費項目」については、特定診療費に係る施設基準等第 5 号の 2 に該当する場合に「重症皮膚潰瘍管理指導」と、第 6 号に該当する場合に「薬剤管理指導」と、第 9 号に該当する場合に「集団コミュニケーション療法」と記載させること。また、届出に当たっては、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。
- ⑱ 「リハビリテーション提供体制」については、特定診療費に係る施設基準等第 7 号イに該当する場合に「理学療法Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「作業療法」と、第 8 号に該当する場合に「言語聴覚療法」と、第 11 号に該当する場合に「精神科作業療法」と記載させること。また、前記に掲げるもののほか、特定診療費単位数表に規定する特別診療費に係る管理を行っている場合は、「その他」と記載させること。

届出に当たっては、これらの介護報酬又はこれらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。

- ⑲ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉓を準用すること。
- ⑳ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 40 号イ(3)に該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロ(3)に該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号

ハ(3)に該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。

- ②① 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②⑤を準用すること。
- ②② 「介護医療院」に係る届出をした場合は、②、③、④（介護支援専門員に係る届出を除く。）、⑤から⑪まで、⑭から⑱まで、⑳及び㉑については内容が重複するので、届出は不要とすること。

#### 14 特定施設入居者生活介護

- ① 「施設等の区分」については、有料老人ホームの場合に「有料老人ホーム」と、軽費老人ホームの場合に「軽費老人ホーム」と、養護老人ホームの場合に「養護老人ホーム」と、それぞれについて「介護専用型」と「混合型」とを区別して記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、指定居宅サービス等基準第 192 条の 2 に規定する事業所の場合に「外部サービス利用型」と、それ以外の事業所の場合に「一般型」と記載させること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、指定居宅サービス等基準第 175 条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 42 号の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 42 号の 2 の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 42 号の 2 の 3 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「入居継続支援加算」については、大臣基準告示第 42 号の 3 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 32)「入居継続支援加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑧ 「テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）」については、大臣基準告示第 42 号の 3 イ(3)ただし書に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 32—2)「テクノロジーの導入による入居継続支援加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑨ 「生活機能向上連携加算」については、大臣基準告示第 42 号の 4 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。
- ⑩ 「個別機能訓練体制」については、居宅サービス単位数表 10 のイからハマまでの注 9 の個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る基準に該当する場合に、「あり」と記

載させること。

- ⑪ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、通所介護と同様であるため、7⑬を準用すること。
- ⑫ 「夜間看護体制加算」については、施設基準第 23 号イに該当する場合は「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合は「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 33)「夜間看護体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑬ 「若年性認知症入居者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑭ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑯を準用すること。
- ⑮ 「看取り介護加算」については、居宅サービス単位数表 10 のホに該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 34－2)「看取り介護体制に係る届出書」を添付させること。
- ⑯ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑰ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」については、大臣基準告示第 42 号の 7 イに該当する場合に「あり」と、「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、同号ロに該当する場合に「あり」とそれぞれ記載させること。また、(別紙 35)「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑱ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ⑲ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 43 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14－6)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ㉔ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 44 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

#### 15 特定施設入居者生活介護（短期利用型）

- ① 特定施設入居者生活介護（短期利用型）については、施設基準第 22 号に該当する場合に記載させること。
- ② 「施設等の区分」については特定施設入居者生活介護と同様であるため、14①を準用すること。

- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14③を準用すること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14④を準用すること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑤を準用すること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑥を準用すること。
- ⑦ 「夜間看護体制加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑫を準用すること。
- ⑧ 「若年性認知症入居者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑨ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑰を準用すること。
- ⑩ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑪ 「サービス提供体制強化加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑱を準用すること。
- ⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。
- ⑬ 一体的に運営がされている「特定施設入居者生活介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

#### 16 福祉用具貸与

- ① 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第44号の5に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ② 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ③ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。  
また、「規模に関する状況」については、施設基準第25号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

#### 17 居宅介護支援

- ① 「ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制」については、居宅介護支援単位数表イ注2に該当する場合に、「あり」と記載させ

ること。

- ② 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。

- ③ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第46号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ④ 「特定事業所集中減算」については、大臣基準告示第83号に該当する場合に、「あり」と記載させること。

- ⑤ 「特定事業所加算」については、大臣基準告示第84号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ニに該当する場合に「加算A」と記載させること。また、「特定事業所加算」のうち加算Ⅰ、加算Ⅱ及び加算Ⅲについては、(別紙36)「特定事業所加算Ⅰ～Ⅲ・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)」を、加算Aについては、(別紙36-2)「特定事業所加算Aに係る届出書(居宅介護支援事業所)」を添付させること。

- ⑥ 「特定事業所医療介護連携加算」については、大臣基準告示第84号の2に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙36)「特定事業所加算Ⅰ～Ⅲ・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)」を添付させること。

- ⑦ 「ターミナルケアマネジメント加算」については、大臣基準告示第85号の3に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙36)「特定事業所加算Ⅰ～Ⅲ・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)」を添付させること。

- ⑧ 「介護職員等处遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

## 18 介護福祉施設サービス

- ① 「施設等の区分」については、指定介護老人福祉施設であって「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第39号。以下「指定介護老人福祉施設基準」という。)第38条に規定するユニット型指定介護老人福祉施設でないもののうち、施設基準第47号イに該当する場合に「介護福祉施設」と、同号ロに該当する場合に「経過的小規模介護福祉施設」と記載させること。また、ユニット型指定介護老人福祉施設のうち、施設基準第47号ハに該当する場合に「ユニット型介護福祉施設」と、同号ニに該当する場合に「経過的ユニット型小規模介護福祉施設」と記載させ

ること。

- ② 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第5号イ又はロに規定する基準を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、通所介護費等算定方法第12号ロ又はハのいずれか該当するものを記載させること。
- ④ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑤ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第86号に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「安全管理体制」については、大臣基準告示第86号の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第86号の2の2に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第86号の2の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」については、大臣基準告示第86号の3に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑩ 「日常生活継続支援加算」については、施設基準第50号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙37)「日常生活継続支援加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑪ 「テクノロジーの導入(日常生活継続支援加算関係)」については、施設基準第50号において準用する施設基準第41号イ(3)ただし書に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙37-2)「テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑫ 「看護体制加算」については、施設基準第51号イ又はロに該当する場合に「看護体制加算Ⅰ」において「あり」と、同号ハ又はニに該当する場合に「看護体制加算Ⅱ」において「あり」と記載させること。また、(別紙25-2)「看護体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑬ 「夜勤職員配置加算」については、夜勤職員基準第5号ロ(1)から(4)までに該当する場合に「加算Ⅰ・加算Ⅱ」と、同号ロ(5)から(8)までに該当する場合に「加算Ⅲ・加算Ⅳ」と記載させること。
- ⑭ 「テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算関係)」については、夜勤職員基準第5号ロ(1)(ニ)ただし書又は同号ロ(3)(ニ)ただし書に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙27)「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」を添付させること。

- ⑮ 「準ユニットケア体制」については、施設基準第 52 号に該当する場合に、「対応可」と記載させること。
- ⑯ 「生活機能向上連携加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑨を準用すること。
- ⑰ 「個別機能訓練加算」については、大臣基準告示第 86 号の 3 の 2 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。なお、「加算Ⅲ」と記載した場合には「加算Ⅰ」及び「加算Ⅱ」にも記載したこととし、「加算Ⅱ」と記載した場合には「加算Ⅰ」にも記載したこととする。
- ⑱ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、通所介護と同様であるため、7⑬を準用すること。
- ㉑ 「若年性認知症入所者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ㉒ 「常勤専従医師配置」については、施設サービス等単位数表 1 のイ及びロの注 17 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ㉓ 「精神科医師定期的療養指導」については、施設サービス等単位数表 1 のイ及びロの注 18 に該当する場合に「あり」と記載させること。
- ㉔ 「障害者生活支援体制」については、施設サービス等単位数表 1 のイ及びロの注 19 に該当する場合に「加算Ⅰ」又は「加算Ⅱ」と記載させること。
- ㉕ 「栄養マネジメント強化体制」については、大臣基準告示第 86 号の 4 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 38)「栄養マネジメント体制に関する届出書」を添付させること。
- ㉖ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉑を準用すること。
- ㉗ 「配置医師緊急時対応加算」については、施設基準第 54 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 39)「配置医師緊急時対応加算に係る届出書」を添付させること。
- ㉘ 「看取り介護体制」については、施設基準第 54 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。施設サービス等単位数表。また、(別紙 34)「看取り介護体制に係る届出書」を添付させること。
- ㉙ 「在宅・入所相互利用体制」については、大臣基準告示第 71 号に該当する場合に、「対応可」と記載させること。
- ㉚ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉔を準用すること。
- ㉛ 「認知症チームケア推進加算」については、大臣基準告示第 58 号の 5 の 2

のイに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 40)「認知症チームケア推進加算に係る届出書」を添付させること。

- ③⑩ 「褥瘡マネジメント加算」については、大臣基準告示第 71 号の 2 イ又はロのいずれかに該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 41)「褥瘡マネジメント加算に関する届出書」を添付させること。
- ③⑪ 「排せつ支援加算」については、大臣基準告示第 71 号の 3 イからハまでのいずれかに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑫ 「自立支援促進加算」については、大臣基準告示第 71 号の 4 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑬ 「科学的介護推進体制加算」については、大臣基準告示第 71 号の 5 イ又はロのいずれかに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑭ 「安全対策体制」については、施設基準第 54 号の 3 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑮ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑩を準用すること。
- ③⑯ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ⑮を準用すること。
- ③⑰ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 87 号の規定により準用する大臣基準告示第 72 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ③⑱ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑫を準用すること。

## 19 介護保健施設サービス

- ① 「施設等の区分」については、介護老人保健施設であって「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」(平成 11 年厚生省令第 40 号。以下「介護老人保健施設基準」という。)第 39 条に規定するユニット型介護老人保健施設でないもののうち、施設サービス等単位数表 2 のイ(1)に該当する場合に「介護保健施設Ⅰ」と、イ(2)に該当する場合に「介護保健施設Ⅱ」と、イ(3)に該当する場合に「介護保健施設Ⅲ」と、イ(4)に該当する場合に「介護保健施設Ⅳ」と記載させること。また、ユニット型介護老人保健施設のうち、施設サービス等単位数表 2 のロ(1)に該当する場合に「ユニット型介護保健施設Ⅰ」と、ロ(2)に該当する場合に「ユニット型介護保健施設Ⅱ」

- と、ロ(3)に該当する場合に「ユニット型介護保健施設Ⅲ」と、ロ(4)に該当する場合に「ユニット型介護保健施設Ⅳ」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10②を準用すること。
  - ③ 「夜間勤務条件基準」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10③を準用すること。
  - ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、介護老人保健施設基準第2条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。
  - ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
  - ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第89号に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
  - ⑦ 「安全管理体制」については、大臣基準告示第89号の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
  - ⑧ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第89号の2の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
  - ⑨ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第89号の2の3に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
  - ⑩ 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」については、大臣基準告示第89号の3に該当する場合に、「あり」と記載させること。
  - ⑪ 「室料相当額控除」については、施設基準第57号の2に該当する場合に、「該当」と記載させること。
  - ⑫ 「夜勤職員配置加算」については、夜勤職員基準第6号ハに該当する場合に、「あり」と記載させること。
  - ⑬ 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」については、施設サービス等単位数表2のイ及びロの注10に該当する場合に「あり」と記載させること。
  - ⑭ 「認知症ケア加算」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑫を準用すること。
  - ⑮ 「若年性認知症入所者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
  - ⑯ 「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」については、大臣基準告示第90号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させ、令和6年9月サービス提供分までは（別紙29）・令和6年10月サービス提供分以降は（別紙29—2）「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の

基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書」を添付させること。

- ⑰ 「ターミナルケア体制」については、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号）第 65 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑱ 「特別療養費加算項目」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑰を準用すること。
- ⑲ 「療養体制維持特別加算Ⅰ」については、施設基準第 61 号イに該当する場合に「あり」と、「療養体制維持特別加算Ⅱ」については、同号ロに該当する場合に「あり」と記載させること。また、「療養体制維持特別加算Ⅱ」については、（別紙 29—3）「介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算Ⅱに係る届出書」を添付させること。
- ⑳ 「栄養マネジメント強化体制」については、大臣基準告示第 90 号の 2 に該当する場合は「あり」と記載させること。また、（別紙 38）「栄養マネジメント体制に関する届出書」を添付させること。
- ㉑ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉑を準用すること。
- ㉒ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉒を準用すること。
- ㉓ 「認知症チームケア推進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18㉓を準用すること。
- ㉔ 「リハビリテーション提供体制」については、特別療養費に係る施設基準等第 7 号に該当する場合に「リハビリテーション指導管理」と、第 8 号に該当する場合に「言語聴覚療法」と、第 9 号に該当する場合に「精神科作業療法」と記載させること。また、前記に掲げるもののほか、特別療養費単位数表に規定する特別療養費に係る管理を行っている場合は、「その他」と記載させること。

届出に当たっては、これらの介護報酬又はこれらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付させること。

- ㉕ 「リハビリ計画書情報加算」については、大臣基準告示第 92 号の 2 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。なお、「加算Ⅰ」と記載した場合には「加算Ⅱ」にも記載したことをとする。
- ㉖ 「褥瘡マネジメント加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18㉖を準用すること。
- ㉗ 「排せつ支援加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、

18③①を準用すること。

- ②⑧ 「自立支援促進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18③②を準用すること。
- ②⑨ 「科学的介護推進体制加算」については、大臣基準告示第 92 号の 3 イ又はロのいずれかに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑩ 「安全対策体制」については、施設基準第 61 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑪ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14①⑦を準用すること。
- ③⑫ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ②③を準用すること。
- ③⑬ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 93 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ③⑭ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14②⑩を準用すること。

## 20 介護医療院サービス

- ① 「施設等の区分」については、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生労働省令第 5 号。以下「介護医療院施設基準」という。）第 43 条に規定するユニット型介護医療院でないもののうち、施設サービス等単位数表 4 のイに該当する場合に「Ⅰ型介護医療院」と、ロに該当する場合に「Ⅱ型介護医療院」と、ハに該当する場合に「特別介護医療院」と記載させること。

また、ユニット型介護医療院であるもののうち施設サービス等単位数表 4 のニに該当する場合に「ユニット型Ⅰ型介護医療院」と、ホに該当する場合に「ユニット型Ⅱ型介護医療院」と、ヘに該当する場合に「ユニット型特別介護医療院」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13②を準用すること。
- ③ 「夜間勤務条件基準」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13③を準用すること。
- ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、医師、薬剤師、看護職員及び介護職員については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13④を準用すること。介護支援専門員の欠員については、人員配置区分

欄の変更は行わず、「その他該当する体制等」の「介護支援専門員」のみ選択させること。

- ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第100号に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「安全管理体制」については、大臣基準告示第100号の2に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第100号の2の2に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第100号の2の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑩ 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」については、大臣基準告示第100号の3に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑪ 「療養環境基準（廊下）」及び「療養環境基準（療養室）」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13⑨を準用すること。
- ⑫ 「室料相当額控除」については、Ⅱ型介護医療院サービス費(i)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)又はⅡ型特別介護医療院サービス費のⅡ型特別介護医療院サービス費(ii)を算定する場合であって、施設基準第68号の4の2に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ⑬ 「若年性認知症入所者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑭ 「栄養マネジメント強化体制」については、大臣基準告示第100号の4に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙38)「栄養マネジメント体制に関する届出書」を添付させること。
- ⑮ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑯ 「特別診療費項目」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13㉑を準用すること。
- ㉑ 「リハビリテーション提供体制」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13㉒を準用すること。
- ㉒ 「リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出」については、特定診療費単位数表の第9号の理学療法の注7に該当する場合に「理学療法 注7」と、第10号の作業療法の注7に該当する場合に「作業療法 注7」と、

第 11 号の言語聴覚療法の注 5 に該当する場合に「言語聴覚療法 注 5」と記載させること。

- ⑪ 「認知症短期集中リハビリテーション加算」については、特定診療費に係る施設基準等第 10 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑫ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ⑫を準用すること。
- ⑬ 「認知症チームケア推進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18 ⑬を準用すること。
- ⑭ 「重度認知症疾患療養体制加算」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13 ⑭を準用すること。
- ⑮ 「排せつ支援加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18 ⑮を準用すること。
- ⑯ 「自立支援促進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18 ⑯を準用すること。
- ⑰ 「科学的介護推進体制加算」については、介護保健施設サービスと同様であるため、19 ⑰を準用すること。
- ⑱ 「安全対策体制」については、施設基準第 68 号の 7 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑲ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14 ⑲を準用すること。
- ⑳ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉑を準用すること。
- ㉑ 「サービス提供体制強化加算」については、介護保健施設サービスと同様であるため、19 ㉑を準用すること。
- ㉒ 「介護職員等处遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14 ㉒を準用すること。

## 21 介護予防訪問入浴介護

- ① 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 100 号の 10 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ② 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 100 号の 11 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑧を準用すること。
- ④ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域の状況」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑦を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第 69 号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ⑤ 「認知症専門ケア加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑪を準用すること。
- ⑥ 「サービス提供体制強化加算」については、訪問入浴介護と同様であるため、3⑦を準用すること。
- ⑦ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑫を準用すること。

## 22 介護予防訪問看護

- ① 「施設等の区分」については、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第 63 条第 1 項第 1 号に規定する事業所の場合に「訪問看護ステーション」と、第 2 号に規定する事業所の場合に「病院又は診療所」と記載させること。
- ② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 102 号の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 102 号の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ⑤ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第 70 号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ⑥ 「緊急時介護予防訪問看護加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑥を準用すること。
- ⑦ 「特別管理体制」については、訪問看護と同様であるため、4⑦を準用すること。
- ⑧ 「専門管理加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑧を準用すること。
- ⑨ 「看護体制強化加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑪を準用すること。
- ⑩ 「口腔連携強化加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑫を準用すること。
- ⑪ 「サービス提供体制強化加算」については、訪問看護と同様であるため、

4⑬を準用すること。

⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

⑬ 一体的に運営されている「訪問看護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 23 介護予防訪問リハビリテーション

① 「施設等の区分」については、訪問リハビリテーションと同様であるため、5①を準用すること。

② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第105の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。

③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第105号の3に該当しない場合に「減算型」と記載させること。

④ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。

⑤ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第71号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

⑥ 「口腔連携強化加算」については、訪問リハビリテーションと同様であるため、5⑧を準用すること。

⑦ 「サービス提供体制強化加算」については、訪問リハビリテーションと同様であるため、5⑩を準用すること。

⑧ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

⑨ 一体的に運営されている「訪問リハビリテーション」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 24 介護予防居宅療養管理指導

① 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。

② 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第71号の2に該当する場合に、「該当」と記載させること。

③ 「医療用麻薬持続注射療法加算」については、居宅療養管理指導と同様であるため、6③を準用すること。

- ④ 「在宅中心静脈栄養法加算」については、居宅療養管理指導と同様であるため、6④を準用すること。

## 25 介護予防通所リハビリテーション

- ① 「施設等の区分」については、病院又は診療所の場合に「病院又は診療所」と、介護老人保健施設の場合に「介護老人保健施設」と、介護医療院の場合に「介護医療院」と記載させること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定介護予防サービス等基準第117条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

なお、職員の欠員とは、指定介護予防通所リハビリテーションの単位ごとの一月当たり職員数が当該基準に満たない場合をいう。

- ③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第106号の4に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第106号の5に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「生活行為向上リハビリテーション実施加算」については、通所リハビリテーションと同様であるため、8⑫を準用すること。
- ⑥ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑦ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、介護予防サービス単位数表5のハ又はニに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑧ 「口腔機能向上加算」については、通所介護と同様であるため、7⑰を準用すること。
- ⑨ 「一体的サービス提供加算」については、大臣基準告示第109号介護予防サービス単位数表に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑩ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑱を準用すること。
- ⑪ 「サービス提供体制強化加算」については、通所リハビリテーションと同様であるため、8⑲を準用すること。
- ⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑫を準用すること。
- ⑬ 一体的に運営がされている「通所リハビリテーション」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 26 介護予防短期入所生活介護

- ① 「施設等の区分」については、指定介護予防短期入所生活介護事業所であ

って指定介護予防サービス等基準第 153 条第 1 項に規定するユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所でないもののうち、指定介護予防サービス等基準第 129 条第 2 項又は第 4 項に規定する事業所の場合に「併設型・空床型」と、それ以外の事業所の場合に「単独型」と記載させること。また、ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所のうち、指定介護予防サービス等基準第 129 条第 2 項又は第 4 項に規定いずれか該当するものの事業所の場合に「併設型・空床型ユニット型」と、それ以外の事業所の場合に「単独型ユニット型」と記載させること。

- ② 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第 8 号イ又はロに規定する基準を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、通所介護費等算定方法第 17 号ロからホまでのいずれか該当するものを記載させること。なお、指定介護予防サービス等基準上は、看護職員又は介護職員は「看護職員」となっており、職種の区別がないので、「看護職員」としての員数が指定介護予防サービス等基準を満たさなくなった際の、直接の要因となった職種を記載させるものとする。
- ④ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑤ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 114 号の 3 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 114 号の 3 の 3 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 114 号の 3 の 4 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「共生型サービスの提供」については、障害福祉制度の指定短期入所事業所が、介護保険制度の共生型介護予防短期入所生活介護の指定を受け、実際に要支援高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合に、「あり」と記載させること。
- ⑨ 「生活相談員配置等加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑨を準用すること。
- ⑩ 「生活機能向上連携加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑩を準用すること。
- ⑪ 「機能訓練指導体制」については、介護予防サービス単位数表 6 のイ及びロの注 9 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑫ 「個別機能訓練体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、

9 ⑫を準用すること。

⑬ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。

⑭ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。

⑮ 「口腔連携強化加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ⑳を準用すること。

⑯ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉑を準用すること。

⑰ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉒を準用すること。

⑱ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉓を準用すること。

⑲ 「サービス提供体制強化加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉔を準用すること。

㉔ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉕を準用すること。

㉕ 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、「空床型」を実施する場合は、②から⑦まで、⑩、⑪、⑬、⑯、⑰、⑲及び㉔までについては内容が重複するので、届出は不要とすること。

また、介護老人福祉施設にて日常生活継続支援加算に係る届出をした場合で、介護予防短期入所生活介護における「空床型」にてサービス提供体制強化加算を算定する場合は、「空床型」にてサービス提供体制強化加算を算定する旨の届出を提出する必要がある。

なお、届出内容については、介護老人福祉施設における状況を記載すれば足りるものである。

㉖ 一体的に運営がされている「短期入所生活介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 27 介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設型）

① 「施設等の区分」については、介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であって指定介護予防サービス等基準第 205 条第 1 項に規定するユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所でないもののうち、介護予防サービス単位数表 7 のイ(1)(一)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅰ」と、イ(1)(二)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅱ」と、イ(1)(三)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅲ」と、イ(1)(四)に該当する場合に「介護老人保健施設Ⅳ」と記載させること。また、介護老人保健施設であるユニッ

ト型指定短期入所療養介護事業所であるもののうち、介護予防サービス単位数表 7 のイ(2)(一)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅰ」と、イ(2)(二)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅱ」と、イ(2)(三)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅲ」と、イ(2)(四)に該当する場合に「ユニット型介護老人保健施設Ⅳ」と記載させること。

- ② 「人員配置区分」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10②を準用すること。
- ③ 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第 9 号イに規定する基準を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、指定介護予防サービス等基準第 187 条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。
- ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「室料相当額控除」については、施設基準第 78 号の 2 に該当する場合に、「該当」と記載させること。
- ⑩ 「夜勤職員配置加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑩を準用すること。
- ⑪ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑫ 「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑭を準用すること。
- ⑬ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑭ 「特別療養費加算項目」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑰を準用すること。
- ⑮ 「療養体制維持特別加算Ⅰ」及び「療養体制維持特別加算Ⅱ」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑱を準用すること。

- ⑯ 「口腔連携強化加算」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑯を準用すること。
- ⑰ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑱ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉑を準用すること。
- ⑲ 「リハビリテーション提供体制」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10⑰を準用すること。
- ㉑ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉑を準用すること。
- ㉒ 「サービス提供体制強化加算」については、短期入所療養介護（介護老人保健施設型）と同様であるため、10㉒を準用すること。
- ㉓ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ㉔ 介護老人保健施設に係る届出をした場合は、③から⑪まで、⑬、⑭、⑯から⑱まで、㉑及び㉒については内容が重複するので、届出は不要とすること。
- ㉕ 一体的に運営がされている「短期入所療養介護（介護老人保健施設型）」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 28 介護予防短期入所療養介護（病院療養型）

- ① 指定が複数の病棟にわたっている場合は、病棟ごとに届出させること。
- ② 「施設等の区分」については、療養病床を有する病院である指定介護予防短期入所療養介護事業所であって指定介護予防サービス等基準第205条第1項に規定するユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所でないもののうち、介護予防サービス単位数表7のロ(1)に該当する場合に「病院療養型」と、ロ(2)に該当する場合に「病院経過型」と記載させること。また、療養病床を有する病院であるユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所であるもののうち、指定介護予防サービス単位数表7のロ(3)に該当する場合に「ユニット型病院療養型」と、ロ(4)に該当する場合に「ユニット型病院経過型」と記載させること。

また、「病院経過型」又は「ユニット型病院経過型」の区分を算定する場合については、別途介護老人保健施設等への移行時期、施設設備整備計画や人員配置計画等について記載した介護老人保健施設等への移行準備計画を添付させること。なお、既に短期入所療養介護等として当該計画を届け出ている場合には、重ねて届け出ることを要するものではないこと。

- ③ 「人員配置区分」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様で

あるため、11③を準用すること。

- ④ 「夜間勤務条件基準」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11④を準用すること。
- ⑤ 「職員の欠員による減算の状況」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑤を準用すること。
- ⑥ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑦ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第117号の3の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第117号の3の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第117号の3の4に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑩ 「療養環境基準」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑩を準用すること。
- ⑪ 「医師の配置基準」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑪を準用すること。
- ⑫ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑬ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑭ 「口腔連携強化加算」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑭を準用すること。
- ⑮ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑯ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉒を準用すること。
- ⑰ 「特定診療費項目」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑰を準用すること。
- ⑱ 「リハビリテーション提供体制」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑱を準用すること。
- ㉑ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ㉒ 「サービス提供体制強化加算」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11㉒を準用すること。
- ㉓ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様である

ため、9⑮を準用すること。

- ⑫ 一体的に運営がされている「短期入所療養介護（病院療養型）」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 29 介護予防短期入所療養介護（診療所型）

- ① 「施設等の区分」については、診療所である指定介護予防短期入所療養介護事業所であって指定介護予防サービス等基準第 205 条第 1 項規定するユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所でない場合に、「診療所型」と記載させること。また、診療所であるユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所の場合に、「ユニット型診療所型」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、短期入所療養介護（診療所療養型）と同様であるため、12②を準用すること。
- ③ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「設備基準」については、短期入所療養介護（診療所療養型）と同様であるため、12⑦を準用すること。
- ⑧ 「食堂の有無」については、短期入所療養介護（診療所療養型）と同様であるため、12⑧を準用すること。
- ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑩ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
- ⑪ 「口腔連携強化加算」については、短期入所療養介護（診療所型）と同様であるため、12⑪を準用すること。
- ⑫ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑮を準用すること。
- ⑬ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑯を準用すること。
- ⑭ 「特定診療費項目」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑱を準用すること。

- ⑮ 「リハビリテーション提供体制」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑮を準用すること。
- ⑯ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ⑰ 「サービス提供体制強化加算」については、短期入所療養介護（病院療養型）と同様であるため、11⑳を準用すること。
- ⑱ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉔を準用すること。
- ⑲ 一体的に運営がされている「短期入所療養介護（診療所療養型）」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

### 30 介護予防短期入所療養介護（介護医療院型）

- ① 「施設等の区分」については、介護医療院である指定介護予防短期入所療養介護事業所であって指定介護予防サービス等基準第 205 条に規定するユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所でないもののうち、介護予防サービス単位数表 7 のホ(1)に該当する場合に「Ⅰ型介護医療院」と、ホ(2)に該当する場合に「Ⅱ型介護医療院」と、ホ(3)に該当する場合に「特別介護医療院」と記載させること。また、介護医療院であるユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所であるもののうち、居宅サービス単位数表 7 のホ(4)に該当する場合に「ユニット型Ⅰ型介護医療院」と、ホ(5)に該当する場合に「ユニット型Ⅱ型介護医療院」と、ホ(6)に該当する場合に「ユニット型特別介護医療院」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13②を準用すること。
- ③ 「夜間勤務条件基準」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13③を準用すること。
- ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13④を準用すること。
- ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 117 号の 3 の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。

- ⑨ 「療養環境基準（廊下）」及び「療養環境基準（療養室）」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13⑨を準用すること。
  - ⑩ 「室料相当額控除」については、Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(I)のⅡ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ii)、Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ii)、Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ii)又はⅡ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ii)を算定する場合であって、施設基準第78号の2に該当する場合に、「該当」と記載させること。
  - ⑪ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
  - ⑫ 「送迎体制」については、実際に利用者に対して送迎が可能な場合に記載させること。
  - ⑬ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
  - ⑭ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉑を準用すること。
  - ⑮ 「特別診療費項目」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13⑰を準用すること。
  - ⑯ 「リハビリテーション提供体制」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13⑱を準用すること。
  - ⑰ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉒を準用すること。
  - ⑱ 「サービス提供体制強化加算」については、短期入所療養介護（介護医療院型）と同様であるため、13㉓を準用すること。
  - ⑲ 「介護職員等処遇改善加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉔を準用すること。
  - ⑳ 「介護医療院」に係る届出をした場合は、②、③、④（介護支援専門員に係る届出を除く。）、⑤から⑩まで、⑫から⑮まで、⑰及び⑱については内容が重複するので、届出は不要とすること。
- 31 介護予防特定施設入居者生活介護
- ① 「施設等の区分」については、有料老人ホームの場合に「有料老人ホーム」と、軽費老人ホームの場合に「軽費老人ホーム」と、養護老人ホームの場合に「養護老人ホーム」と記載させること。
  - ② 「人員配置区分」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉑を準用すること。

- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14③を準用すること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 119 号の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 119 号の 4 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 119 号の 4 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「生活機能向上連携加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑨を準用すること。
- ⑧ 「個別機能訓練体制」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑩を準用すること。
- ⑨ 「若年性認知症入居者受入加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑬を準用すること。
- ⑩ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②を準用すること。
- ⑪ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑱を準用すること。
- ⑫ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑰を準用すること。
- ⑬ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9③を準用すること。
- ⑭ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 120 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—6)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑳を準用すること。
- ⑯ 一体的に運営がされている「特定施設入居者生活介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容が重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 32 介護予防福祉用具貸与

- ① 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 121 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ② 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用す

ること。

- ③ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第 83 号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

### 33 介護予防支援（居宅介護支援事業者）

- ① 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。

- ② 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第 87 号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ③ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、4⑭を準用すること。

### 34 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ① 「施設等の区分」については、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 厚生労働省令第 34 号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第 3 条の 41 に規定する連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業を実施する場合に「連携型」と、それ以外の場合に「一体型」と記載させること。なお、一の事業所でいずれの事業も実施する場合は、「一体型」と「連携型」のいずれも記載させること。

- ② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 44 号の 6 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。

- ③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 44 号の 7 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。

- ④ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。

- ⑤ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

また、「規模に関する状況」については、施設基準第 26 号に該当する場合に、「該当」と記載させること。

- ⑥ 「緊急時訪問看護加算」については、大臣基準告示第 44 号の 8 イに該当する場合は「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合は「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 16)「緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。

- ⑦ 「特別管理体制」については、地域密着型サービス単位数表イからハまで

の注 13 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 16)「緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。

- ⑧ 「ターミナルケア体制」については、訪問看護と同様であるため、4 ⑨を準用すること。
- ⑨ 「総合マネジメント体制強化加算」については、大臣基準告示第 46 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 42)「総合マネジメント体制強化加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑩ 「認知症専門ケア加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑪を準用すること。
- ⑪ 「口腔連携強化加算」については、大臣基準告示第 46 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 11)「口腔連携強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑫ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 47 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 48 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

#### 35 夜間対応型訪問介護

- ① 「施設等の区分」については、施設基準第 27 号イに該当する場合は「Ⅰ型」と、同号ロに該当する場合は「Ⅱ型」と記載させること。
- ② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 48 号の 4 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 48 号の 5 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「24時間通報対応加算」については、大臣基準告示第 49 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 43)「24時間通報対応加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑤ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑧を準用すること。
- ⑥ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」

については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

⑦ 「認知症専門ケア加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑪を準用すること。

⑧ 「サービス提供体制強化加算」については、「施設等の区分」における記載に応じて、大臣基準告示第 50 号イに該当する場合に「加算Ⅰ（イの場合）」又は「加算Ⅰ（ロの場合）」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ（イの場合）」又は「加算Ⅱ（ロの場合）」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ（イの場合）」又は「加算Ⅲ（ロの場合）」と記載させること。また、(別紙 14「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。

⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

### 36 地域密着型通所介護

① 「施設等の区分」については、施設基準第 27 号二イに該当する場合に「地域密着型通所介護事業所」と、同号ロに該当する場合に、「療養通所介護事業所」と記載させ、大臣基準告示第 51 号の 3 の 2 に該当する場合に、「療養通所介護事業所（短期利用型）」と記載させること。

② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定地域密着型サービス基準第 20 条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

なお、職員の欠員とは、指定地域密着型通所介護の単位ごとの一月当たり職員数が当該基準に満たない場合をいう。

③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 51 号の 3 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。

④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 51 号の 3 の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。

⑤ 「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応」については、地域密着型サービス単位数表 2 の 2 のイからハまでの注 8 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、利用延人員数が減少していることが分かる書類を添付させること。

⑥ 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に、「対応可」と記載させること。

⑦ 「共生型サービスの提供」については、障害福祉制度の指定生活介護事業所が、介護保険制度の共生型地域密着型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「生活介護事業所」に、障害福祉制度の指定自立訓練事業所が、介護保険制度の共生型地域密着型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行う

ことが可能な場合は「自立訓練事業所」に、障害福祉制度の指定児童発達支援事業所が、介護保険制度の共生型地域密着型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「児童発達支援事業所」に、障害福祉制度の指定放課後等デイサービス事業所が、介護保険制度の共生型地域密着型通所介護の指定を受け、実際に要介護高齢者に対してサービス提供を行うことが可能な場合は「放課後等デイサービス事業所」に、それぞれ「あり」と記載させること。

- ⑧ 「生活相談員配置等加算」については、通所介護と同様であるため、7⑧を準用すること。
- ⑨ 「入浴介助加算」については、通所介護と同様であるため、7⑨を準用すること。
- ⑩ 「中重度者ケア体制加算」については、大臣基準告示第51号の4に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙22)「中重度者ケア体制加算に係る届出書」及び(別紙22—2)「利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)」を添付させること。
- ⑪ 「重度者ケア体制加算」については、大臣基準告示第51号の8の2に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑫ 「生活機能向上連携加算」については、通所介護と同様であるため、7⑫を準用すること。
- ⑬ 「個別機能訓練加算」については、大臣基準告示第51号の5イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と記載させること。
- ⑭ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、通所介護と同様であるため、7⑬を準用すること。
- ⑮ 「認知症加算」については、通所介護と同様であるため、7⑭を準用すること。
- ⑯ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑰ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、地域密着型サービス単位数表注20又は注21に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑱ 「口腔機能向上加算」については、通所介護と同様であるため、7⑰を準用すること。
- ⑲ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑱を準用すること。
- ⑳ 「サービス提供体制強化加算」については、地域密着型通所介護においては通所介護と同様であるため7⑲を、療養通所介護においては訪問看護と同

様であるため4⑬を準用すること。

- ⑫ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

### 37 認知症対応型通所介護

- ① 「施設等の区分」については、施設基準第28号イに該当する場合に「単独型」と、同号ロに該当する場合に「併設型」と、同号ハに該当する場合は「共用型」と記載させること。

- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、単独型・併設型においては、指定地域密着型サービス基準第42条、共用型においては、指定地域密着型サービス基準第45条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

なお、職員の欠員とは、指定認知症対応型通所介護の単位ごとの一月当たり職員数が当該基準に満たない場合をいう。

- ③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第51号の12の2に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第51号の12の3に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応」については、地域密着型サービス単位数表3のイ及びロの注5に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、利用延人員数が減少していることが分かる書類を添付させること。
- ⑥ 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に、「対応可」と記載させること。
- ⑦ 「入浴介助加算」については、通所介護と同様であるため、7⑨を準用すること。
- ⑧ 「生活機能向上連携加算」については、通所介護と同様であるため、7⑩を準用すること。
- ⑨ 「個別機能訓練加算」については、地域密着型サービス単位数表3のイ及びロの注10の個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る基準に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑩ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、通所介護と同様であるため、7⑬を準用すること。
- ⑪ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑫ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、地域密着型サービス単位数表3のイ及びロの注13又は注14に該当する場合に「あり」と記載させ

ること。

- ⑬ 「口腔機能向上加算」については、通所介護と同様であるため、7⑰を準用すること。
- ⑭ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑱を準用すること。
- ⑮ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第52号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙14—3)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑯ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34⑬を準用すること。

### 38 小規模多機能型居宅介護

- ① 「施設等の区分」については、指定地域密着型サービス基準第63条第7項に規定するサテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所に該当する場合に「サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所」と、それ以外の場合に「小規模多機能型居宅介護事業所」と記載させること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定地域密着型サービス基準第63条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第54号の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第54号の3に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第54号の4に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ⑦ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。
- ⑧ 「認知症加算」については、大臣基準告示第54号の5イに該当する場合は「加算Ⅰ」、同号ロに該当する場合は「加算Ⅱ」と記載させること。  
また、(別紙44)「認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)に係る届出書」を添付させること。
- ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑩ 「看護職員配置加算」については、施設基準第29号イに該当する場合には「加算Ⅰ」、同号ロに該当する場合には「加算Ⅱ」、同号ハに該当する場合には「加

算Ⅲ」と記載させること。

- ⑪ 「看取り連携体制加算」については、施設基準第 30 号に該当する場合に「あり」と記載させること。また、(別紙 13)「看取り連携体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑫ 「訪問体制強化加算」については、大臣基準告示第 55 号に該当する場合に「あり」と記載させること。また、(別紙 45)「訪問体制強化加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑬ 「総合マネジメント体制強化加算」については、大臣基準告示第 56 号イに該当する場合は「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合は「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 42)「総合マネジメント体制強化加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑭ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑮ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②を準用すること。
- ⑯ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 57 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—5)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑰ 「介護職員等処遇改善加算」については、大臣基準告示第 58 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

#### 39 小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

- ① 「施設等の区分」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38①を準用すること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38②を準用すること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38③を準用すること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38④を準用すること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑤を準用すること。
- ⑥ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」

については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。

- ⑦ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②を準用すること。
- ⑧ 「サービス提供体制強化加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑩を準用すること。
- ⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑪を準用すること。
- ⑩ 一体的に運営がされている「小規模多機能型居宅介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

#### 40 認知症対応型共同生活介護

- ① 「施設等の区分」については、地域密着型サービス基準第90条第9項に規定するサテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所でないもののうち、施設基準31号イに該当する場合に「Ⅰ型」と、同号ロに該当する場合に「Ⅱ型」と記載させること。また、サテライト型事業所であるもののうち、施設基準第31号イに該当する場合に「サテライト型Ⅰ型」と、同号ロに該当する場合に「サテライト型Ⅱ型」と記載させること。
- ② 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第3号を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、事業所が複数の共同生活住居を有している場合であって、そのいずれか一つにでも職員の欠員が生じている場合は「介護従業者」と記載させること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第58号の4に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第58号の4の2に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第58号の4の3に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「三ユニットの事業所が夜勤職員を二人以上とする場合」については、指定地域密着型サービス基準第90条第1項ただし書に該当する場合であって、三ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上3人未満にする場合に、「あり」と記載させること。
- ⑧ 「夜間支援体制加算」については、施設基準第32号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙46)「夜間支援体制加算に係る届出書」を添付させること。

- ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
  - ⑩ 「利用者の入院期間中の体制」については、大臣基準告示第 58 号の 5 に該当する場合に「対応可」と記載させること。
  - ⑪ 「看取り介護加算」については、施設基準第 33 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 47)「看取り介護加算に係る届出書」を添付させること。
  - ⑫ 「医療連携体制加算Ⅰ」については、施設基準第 34 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅰハ」と記載させること。また、(別紙 48)「医療連携体制加算(Ⅰ)に係る届出書」を添付させること。
  - ⑬ 「医療連携体制加算Ⅱ」については、施設基準第 34 号ニに該当する場合に「あり」と記載させること。また、(別紙 48-2)「医療連携体制加算(Ⅱ)に係る届出書」を添付させること。
  - ⑭ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
  - ⑮ 「認知症チームケア推進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18㉑を準用すること。
  - ⑯ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑱を準用すること。
  - ⑰ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑲を準用すること。
  - ⑱ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉒を準用すること。
  - ⑲ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 59 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—6)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
  - ㉑ 「介護職員等处遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉑を準用すること。
- 41 認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
- ① 「施設等の区分」については、サテライト型事業所でないもののうち、施設基準第 31 号ハに該当する場合に「Ⅰ型」と、同号ニに該当する場合に「Ⅱ型」と記載させること。また、サテライト型事業所であるもののうち、施設基準第 31 号ハに該当する場合に「サテライト型Ⅰ型」と、同号ニに該当する

場合に「サテライト型Ⅱ型」と記載させること。

- ② 「夜間勤務条件基準」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40②を準用すること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40③を準用すること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40④を準用すること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑤を準用すること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑥を準用すること。
- ⑦ 「三ユニットの事業所が夜勤職員を二人以上とする場合」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑦を準用すること。
- ⑧ 「夜間支援体制加算」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑧を準用すること。
- ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑩ 「医療連携体制加算Ⅰ」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑫を準用すること。
- ⑪ 「医療連携体制加算Ⅱ」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑬を準用すること。
- ⑫ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑰を準用すること。
- ⑬ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑭ 「サービス提供体制強化加算」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑱を準用すること。
- ⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉑を準用すること。
- ⑯ 一体的に運営がされている「認知症対応型共同生活介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

#### 42 地域密着型特定施設入居者生活介護

- ① 「施設等の区分」については、指定地域密着型特定施設であって、指定地域密着型サービス基準第110条第4項に規定するサテライト型特定施設でな

いもののうち、有料老人ホームの場合に「有料老人ホーム」と、軽費老人ホームの場合に「軽費老人ホーム」と、養護老人ホームの場合に「養護老人ホーム」と記載させること。また、サテライト型特定施設であるもののうち、有料老人ホームの場合に「サテライト型有料老人ホーム」と、軽費老人ホームの場合に「サテライト型軽費老人ホーム」と、養護老人ホームの場合に「サテライト型養護老人ホーム」と記載させること。

- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定地域密着型サービス基準第 110 条に規定する員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 60 号の 4 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 60 号の 5 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 60 号の 6 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「入居継続支援加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑦を準用すること。
- ⑦ 「テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑧を準用すること。
- ⑧ 「生活機能向上連携加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑨を準用すること。
- ⑨ 「個別機能訓練加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑩を準用すること。
- ⑩ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、通所介護と同様であるため、7⑬を準用すること。
- ⑪ 「夜間看護体制加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑫を準用すること。
- ⑫ 「若年性認知症入居者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑬ 「看取り介護加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑮を準用すること。
- ⑭ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑮ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑳を準用すること。
- ⑯ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加

算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑰を準用すること。

- ⑰ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ⑱ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第61号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙14—6)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑲ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

#### 43 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）

- ① 「施設等の区分」については、指定地域密着型特定施設であって、指定地域密着型サービス基準第110条第4項に規定するサテライト型特定施設でないもののうち、有料老人ホームの場合に「有料老人ホーム」と、養護老人ホームの場合に「養護老人ホーム」と記載させること。また、サテライト型特定施設であるもののうち、有料老人ホームの場合に「サテライト型有料老人ホーム」と、養護老人ホームの場合に「サテライト型養護老人ホーム」と記載させること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、地域密着型特定施設入居者生活介護と同様であるため、42②を準用すること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、地域密着型特定施設入居者生活介護と同様であるため、42③を準用すること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、地域密着型特定施設入居者生活介護と同様であるため、42④を準用すること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、地域密着型特定施設入居者生活介護と同様であるため、42⑤を準用すること。
- ⑥ 「夜間看護体制加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑫を準用すること。
- ⑦ 「若年性認知症入居者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑧ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑰を準用すること。
- ⑨ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉓を準用すること。
- ⑩ 「サービス提供体制強化加算」については、地域密着型特定施設入居者生

活介護と同様であるため、42⑱を準用すること。

- ⑪ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉔を準用すること。

#### 44 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- ① 「施設等の区分」については、指定地域密着型介護老人福祉施設であって指定地域密着型サービス基準第 158 条に規定するユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設でないもののうち、第 131 条第 4 項に規定するサテライト型居住施設に該当しない場合も「地域密着型介護老人福祉施設」と、サテライト型居住施設に該当する場合に「サテライト型地域密着型介護老人福祉施設」と記載させること。また、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設のうち、サテライト型居住施設に該当しない場合に「ユニット型地域密着型介護老人福祉施設」と、サテライト型居住施設に該当する場合に「サテライト型ユニット型地域密着型介護老人福祉施設」と記載させること。
- ② 「人員配置区分」については、施設基準第 38 号ロに該当する場合に「経過的施設」と、それ以外の場合に「経過的施設以外」と記載させること。
- ③ 「夜間勤務条件基準」については、夜勤職員基準第 4 号イ、ロ又はハに規定する基準を満たしている場合に「基準型」と、当該基準を満たしていない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「職員の欠員による減算の状況」については、通所介護費等算定方法第 10 号ロ又はハのいずれか該当するものを記載させること。
- ⑤ 「ユニットケア体制」については、短期入所生活介護と同様であるため、9④を準用すること。
- ⑥ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 63 号に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「安全管理体制」については、大臣基準告示第 63 号の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑧ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 63 号の 2 の 2 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑨ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 63 号の 2 の 3 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑩ 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」については、大臣基準告示第 63 号の 3 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑪ 「日常生活継続支援加算」については、施設基準第 41 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 37)「日常生活継続支援加算に関する届出書」を添付させること。
- ⑫ 「テクノロジーの導入(日常生活継続支援加算関係)」については、施設基

準施設基準第 41 号イ(3)ただし書に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 37—2)「テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書」を添付させること。

- ⑬ 「看護体制加算」については、施設基準第 42 号イ又はロに該当する場合に「看護体制加算Ⅰ」において「あり」と、同号ハ又はニに該当する場合に「看護体制加算Ⅱ」において「あり」と記載させること。また、(別紙 25—2)「看護体制加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑭ 「夜勤職員配置加算」については、夜勤職員基準第 4 号ハ(1)から(4)までに該当する場合に「加算Ⅰ・加算Ⅱ」と、同号ハ(5)から(8)までに該当する場合に「加算Ⅲ・加算Ⅳ」と記載させること。
- ⑮ 「テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算関係)」については、夜勤職員基準第 4 号ハ(1)(二)ただし書又は同号ハ(3)(二)ただし書に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 27)「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑯ 「準ユニットケア加算」については、施設基準第 43 号に該当する場合に、「対応可」と記載させること。
- ⑰ 「生活機能向上連携加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑨を準用すること。
- ⑱ 「個別機能訓練加算」については、大臣基準告示第 63 号の 3 の 2 イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。
- ⑲ 「ADL維持等加算〔申出〕の有無」については、通所介護と同様であるため、7⑬を準用すること。
- ⑳ 「若年性認知症入所者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ㉑ 「常勤専従医師配置」については、地域密着型サービス単位数表 7 のイからニまでの注 17 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ㉒ 「精神科医師定期的療養指導」については、地域密着型サービス単位数表 7 のイからニまでの注 18 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ㉓ 「障害者生活支援体制」については、地域密着型サービス単位数表 7 のイからニまでの注 19 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ㉔ 「栄養マネジメント強化体制」については、大臣基準告示第 65 号の 3 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 38)「栄養マネジメント体制に関する届出書」を添付させること。
- ㉕ 「療養食加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9㉑を準用すること。

- ②⑥ 「配置医師緊急時対応加算」については、施設基準第 44 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 39)「配置医師緊急時対応加算に係る届出書」を添付させること。
- ②⑦ 「看取り介護体制」については、施設基準第 45 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 34)「看取り介護体制に係る届出書」を添付させること。
- ②⑧ 「在宅・入所相互利用体制」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18②⑦を準用すること。地域密着型サービス単位数表
- ②⑨ 「小規模拠点集合体制」については、地域密着型サービス単位数表 7 のネに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑩ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②②を準用すること。
- ③⑪ 「認知症チームケア推進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18②⑨を準用すること。
- ③⑫ 「褥瘡マネジメント加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18③⑩を準用すること。
- ③⑬ 「排せつ支援加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18③⑪を準用すること。
- ③⑭ 「自立支援促進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18③⑫を準用すること。
- ③⑮ 「科学的介護推進体制加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18③⑬を準用すること。
- ③⑯ 「安全対策体制」については、大臣基準告示第 45 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ③⑰ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14①⑦を準用すること。
- ③⑱ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②③を準用すること。
- ③⑲ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 72 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—4)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ④⑩ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14②⑩を準用すること。

45 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

- ① 「施設等の区分」については、指定地域密着型サービス基準第 171 条第 8 項に規定するサテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に該当する場合に、「サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所」と、それ以外の場合に「看護小規模多機能型居宅介護事業所」と記載させること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定地域密着型サービス基準第 171 条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 74 号の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 74 号の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 74 号の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「訪問看護体制減算」については、大臣基準第 75 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 49)「看護体制及びサテライト体制に係る届出書（看護小規模多機能型居宅介護事業所）」を添付させること。
- ⑦ 「サテライト体制未整備減算」については、地域密着型サービス単位数表 8 のイからハまでの注 8 に該当する場合に、「減算型」と記載させること。また、(別紙 49)「看護体制及びサテライト体制に係る届出書（看護小規模多機能型居宅介護事業所）」を添付させること。
- ⑧ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑧を準用すること。
- ⑨ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2 ⑨を準用すること。
- ⑩ 「認知症加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38 ⑧を準用すること。
- ⑪ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。
- ⑫ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、地域密着型サービス単位数表 8 のト又はチに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑬ 「口腔機能向上加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑰を準用すること。
- ⑭ 「緊急時対応加算」については、大臣基準告示第 76 号に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 16)「緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。

- ⑮ 「特別管理体制」については、地域密着型サービス単位数表 8 のワに該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 16)「緊急時(介護予防)訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」を添付させること。
- ⑯ 「専門管理加算」については、大臣基準告示第 76 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 17)「専門管理加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑰ 「ターミナルケア体制」については、訪問看護と同様であるため、4 ⑨を準用すること。
- ⑱ 「遠隔死亡診断補助加算」については、大臣基準告示第 77 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 18)「遠隔死亡診断補助加算に係る届出書」を添付させること。
- ⑲ 「看護体制強化加算」については、大臣基準告示第 78 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 49)「看護体制及びサテライト体制に係る届出書(看護小規模多機能型居宅介護事業所)」を添付させること。
- ⑳ 「訪問体制強化加算」については、大臣基準告示第 78 号の 2 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、(別紙 45)「訪問体制強化加算に係る届出書」を添付させること。
- ㉑ 「総合マネジメント体制強化加算」については、大臣基準告示第 79 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と記載させること。また、(別紙 42)「総合マネジメント体制強化加算に係る届出書」を添付させること。
- ㉒ 「褥瘡マネジメント加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18㉓を準用すること。
- ㉓ 「排せつ支援加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18㉔を準用すること。
- ㉔ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑱を準用すること。
- ㉕ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9 ㉖を準用すること。
- ㉖ 「サービス提供体制強化加算」については、大臣基準告示第 80 号イに該当する場合に「加算Ⅰ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅱ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅲ」と記載させること。また、(別紙 14—5)「サービス提供体制強化加算に関する届出書」を添付させること。
- ㉗ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様

であるため、38⑰を準用すること。

46 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）

- ① 「施設等の区分」については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）と同様であるため、45①を準用すること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）と同様であるため、45②を準用すること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）と同様であるため、45③を準用すること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）と同様であるため、45④を準用すること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）と同様であるため、45⑤を準用すること。
- ⑥ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。
- ⑦ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑧ 「サービス提供体制強化加算」については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）と同様であるため、45㉔を準用すること。なお、（別紙14—5）「サービス提供体制強化加算に関する届出書」の添付は、45㉔で添付されていれば、不要である。
- ⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑰を準用すること。
- ⑩ 一体的に運営がされている「複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

47 介護予防認知症対応型通所介護

- ① 「施設等の区分」については、認知症対応型通所介護と同様であるため、37①を準用すること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、単独型・併設型においては、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準」という。）第5条、共用型については、第8条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

なお、職員の欠員とは、指定介護予防認知症対応型通所介護の単位ごとの一月当たり職員数が当該基準に満たない場合をいう。

- ③ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 121 号の 3 の 4 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ④ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 121 号の 3 の 5 に該当しない場合に、「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応」については、地域密着型介護予防サービス単位数表 1 のイ及びロの注 5 に該当する場合に、「あり」と記載させること。また、利用延人員数が減少していることが分かる書類を添付させること。
- ⑥ 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に、「対応可」と記載させること。
- ⑦ 「入浴介助加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑨を準用すること。
- ⑧ 「生活機能向上連携加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑪を準用すること。
- ⑨ 「個別機能訓練加算」については、認知症対応型通所介護と同様であるため、37 ⑨を準用すること。
- ⑩ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑮を準用すること。
- ⑪ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、地域密着型介護予防サービス単位数表 1 のイ及びロの注 12 又は注 13 に該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑫ 「口腔機能向上加算」については、認知症対応型通所介護と同様であるため、37 ⑬を準用すること。
- ⑬ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7 ⑯を準用すること。
- ⑭ 「サービス提供体制強化加算」については、認知症対応型通所介護と同様であるため、37 ⑮を準用すること。
- ⑮ 「介護職員等処遇改善加算」については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるため、34 ⑬を準用すること。
- ⑯ 一体的に運営がされている「認知症対応型通所介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

#### 48 介護予防小規模多機能型居宅介護

- ① 「施設等の区分」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38 ①を準用すること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、指定地域密着型介護予防サ

ービス基準第 44 条に定める員数を配置していない場合に、その該当する職種を記載させること。

- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 123 号の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 123 号の 5 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 123 号の 6 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、2⑧を準用すること。
- ⑦ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。
- ⑧ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑨ 「総合マネジメント体制強化加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑬を準用すること。
- ⑩ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑰を準用すること。
- ⑪ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑫ 「サービス提供体制強化加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑯を準用すること。
- ⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑰を準用すること。
- ⑭ 一体的に運営がされている「小規模多機能型居宅介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

#### 49 介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

- ① 「施設等の区分」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38①を準用すること。
- ② 「職員の欠員による減算の状況」については、介護予防小規模多機能型居宅介護と同様であるため、48②を準用すること。
- ③ 「身体拘束廃止取組の有無」については、介護予防小規模多機能型居宅介護と同様であるため、48③を準用すること。
- ④ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、介護予防小規模多機能型居宅介護と同様であるため、48④を準用すること。

- ⑤ 「業務継続計画策定の有無」については、介護予防小規模多機能型居宅介護と同様であるため、48⑤を準用すること。
- ⑥ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域に関する状況」については、訪問介護と同様であるため、2⑨を準用すること。
- ⑦ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9②③を準用すること。
- ⑧ 「サービス提供体制強化加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑩を準用すること。
- ⑨ 「介護職員等処遇改善加算」については、小規模多機能型居宅介護と同様であるため、38⑪を準用すること。
- ⑩ 一体的に運営がされている「小規模多機能型居宅介護（短期利用型）」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

#### 50 介護予防認知症対応型共同生活介護

- ① 「施設等の区分」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40①を準用すること。
- ② 「夜間勤務条件基準」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40②を準用すること。
- ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、指定地域密着型介護予防サービス基準第 70 条に規定する員数を配置していない場合に、「介護従事者」と記載させること。事業所が複数の共同生活住居を有している場合であって、そのいずれか一つにでも職員の欠員が生じている場合は「介護従業者」と記載させること。
- ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、大臣基準告示第 127 号の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 127 号の 4 の 2 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 127 号の 4 の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ⑦ 「三ユニットの事業所が夜勤職員を二人以上とする場合」については、指定地域密着型介護予防サービス基準第 70 条第 1 項ただし書に該当する場合であって、三ユニットの事業所が夜勤職員を 2 人以上 3 人未満にする場合に、「あり」と記載させること。
- ⑧ 「夜間支援体制加算」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑧を準用すること。
- ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、

- 7⑮を準用すること。
- ⑩ 「利用者の入院期間中の体制」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑩を準用すること。
  - ⑪ 「認知症専門ケア加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑫を準用すること。
  - ⑫ 「認知症チームケア推進加算」については、介護福祉施設サービスと同様であるため、18⑬を準用すること。
  - ⑬ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、7⑭を準用すること。
  - ⑭ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑮を準用すること。
  - ⑮ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑯を準用すること。
  - ⑯ 「サービス提供体制強化加算」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑰を準用すること。
  - ⑰ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑱を準用すること。
  - ⑱ 一体的に運営がされている「認知症対応型共同生活介護」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。
- 51 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）
- ① 「施設等の区分」については、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）と同様であるため、41①を準用すること。
  - ② 「夜間勤務条件基準」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、41②を準用すること。
  - ③ 「職員の欠員による減算の状況」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、41③を準用すること。
  - ④ 「身体拘束廃止取組の有無」については、介護予防認知症対応型共同生活介護と同様であるため、50④を準用すること。
  - ⑤ 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、介護予防認知症対応型共同生活介護と同様であるため、50⑤を準用すること。
  - ⑥ 「業務継続計画策定の有無」については、介護予防認知症対応型共同生活介護と同様であるため、50⑥を準用すること。
  - ⑦ 「三ユニットの事業所が夜勤職員を二人以上とする場合」については、介護予防認知症対応型共同生活介護と同様であるため 50⑦を準用すること。

- ⑧ 「夜間支援体制加算」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑧を準用すること。
- ⑨ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、7⑮を準用すること。
- ⑩ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」及び「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14⑰を準用すること。
- ⑪ 「生産性向上推進体制加算」については、短期入所生活介護と同様であるため、9⑳を準用すること。
- ⑫ 「サービス提供体制強化加算」については、認知症対応型共同生活介護と同様であるため、40⑱を準用すること。
- ⑬ 「介護職員等処遇改善加算」については、特定施設入居者生活介護と同様であるため、14㉑を準用すること。
- ⑭ 一体的に運営がされている「認知症対応型共同生活介護（短期利用型）」に係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

## 第6 介護予防・日常生活支援総合事業の取扱いについて

介護予防・日常生活支援総合事業のサービスについては、次に定める項目を記載する。

- (1) (別紙 50)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書（指定事業者用）」の記載要領について
  - ① 「届出者」及び「事業所・施設の状況」については、事業所の指定申請の際、記載した事項を記載させること。
  - ② 「法人の種別」については、申請者が法人である場合に、その種別を記載させること。
  - ③ 「法人所轄庁」については、申請者が認可法人である場合に、その所轄官庁の名称を記載させること。
  - ④ 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」については、複数の出張所（以下「サテライト事業所」という。）を有する場合は、適宜欄を補正し、全てのサテライト事業所の状況について記載させること。
  - ⑤ 「実施事業」については、該当事業欄に○印を記載させること。
  - ⑥ 「異動等の区分」については、今回届出を行う事業所の異動の別（1 新規・2 変更・3 終了）について記載させること。
  - ⑦ 「異動項目」については、体制状況一覧表で選択した項目をそのまま記載

させること。

- ⑧ 「特記事項」については、変更の届出を行う際、変更内容がわかるよう変更前の状況と変更後の状況の詳細を記載させること。

(2) 届出項目について

(別紙1—4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目とする。なお、当該様式は訪問型サービス(独自)及び通所型サービス(独自)について示しているものであり、訪問型サービス(独自/定率)、訪問型サービス(独自/定額)、通所型サービス(独自/定率)及び通所型サービス(独自/定額)については、市町村において様式を定めること。

(3) 体制等状況一覧表の記載要領について

1 共通事項

- ① 「L I F Eへの登録」については、L I F Eの利用状況をいい、L I F Eの利用を開始している場合に「あり」と記載させること。
- ② 「割引」については、市町村が定める額より低い額で介護予防・日常生活支援総合事業のサービスを実施する場合に、「あり」と記載させること。
- なお、割引を「あり」とした場合は、その割引の率等の状況が分かる(別紙51)「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引率の設定について」を添付させることとし、また、割引の率等を変更した場合も当該別紙により届出を求めるものとする。
- ③ サテライト事業所がある場合には、サテライト事業所分について別葉にして記載させること。

2 訪問型サービス(独自)

- ① 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第129号の6に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ② 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第129号の7に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供)」については、訪問介護と同様であるため、第5の2⑦を準用すること。
- ④ 「特別地域加算」については、訪問介護と同様であるため、第5の2⑧を準用すること。
- ⑤ 「中山間地域等における小規模事業所加算」における「地域の状況」については、訪問介護と同様であるため、第5の2⑨を準用すること。
- また、「規模に関する状況」については、第5の2⑨を準用すること。
- ⑥ 「介護職員等処遇改善加算」については、訪問介護と同様であるため、第5の2⑩を準用すること。

### 3 通所型サービス（独自）

- ① 「職員の欠員による減算の状況」については、介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成 27 年厚生労働省令第 4 号）第 5 条の規定による改正前の指定介護予防サービス等基準第 97 条に定める基準を満たさなくなった場合は、欠員該当職種を記載させること。
- ② 「高齢者虐待防止措置実施の有無」については、大臣基準告示第 131 号の 3 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ③ 「業務継続計画策定の有無」については、大臣基準告示第 131 号の 4 に該当しない場合に「減算型」と記載させること。
- ④ 「若年性認知症利用者受入加算」については、通所介護と同様であるため、第 5 の 7 ⑮を準用すること。
- ⑤ 「生活機能向上グループ活動加算」については、介護予防・日常生活支援総合事業サービス単位表 2 のハに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑥ 「栄養アセスメント・栄養改善体制」については、介護予防・日常生活支援総合事業サービス単位表 2 ホ又はヘに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑦ 「口腔機能向上加算」については、介護予防・日常生活支援総合事業サービス単位表 2 のトに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑧ 「一体的サービス提供加算」については、介護予防・日常生活支援総合事業サービス単位表 2 のチに該当する場合に、「あり」と記載させること。
- ⑨ 「サービス提供体制強化加算」については、通所介護と同様であるため、第 5 の 7 ⑯を準用すること。なお、用いる添付様式は（別紙 14－7）「サービス提供体制強化加算に関する届出書」とする。
- ⑩ 「生活機能向上連携加算」については、通所介護と同様であるため、第 5 の 7 ⑰を準用すること。
- ⑪ 「科学的介護推進体制加算」については、通所介護と同様であるため、第 5 の 7 ⑱を準用すること。
- ⑫ 「介護職員等処遇改善加算（利用定員 19 人以上）」については、指定相当通所型サービス事業所（利用定員が 19 人以上である場合に限る。）であって、大臣基準告示第 136 号により準用する大臣基準告示第 48 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。
- ⑬ 「介護職員等処遇改善加算（利用定員 19 人未満）」については、指定相

当通所型サービス事業所（利用定員が 19 人未満である場合に限る。）であって、大臣基準告示第 136 号により準用する大臣基準告示第 48 号イに該当する場合に「加算Ⅰイ」と、同号ロに該当する場合に「加算Ⅰロ」と、同号ハに該当する場合に「加算Ⅱイ」と、同号ニに該当する場合に「加算Ⅱロ」と、同号ホに該当する場合に「加算Ⅲ」と、同号ヘに該当する場合に「加算Ⅳ」と記載させること。

#### 4 介護予防ケアマネジメント

「介護職員等処遇改善加算」については、訪問看護と同様であるため、第 5 の 4 ⑭を準用すること。

(別紙 1 - 1)

## 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

[illegible]

| 提供サービス                      |      | 施設等の区分                                                                                                                              | 人員配置区分 | その他の該当する体制等                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   | LIFEへの登録                                                                          | 割引 |
|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 各サービス共通                     |      |                                                                                                                                     |        | 地域区分                                 | <input type="checkbox"/> 1 1級地                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 6 2級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地 |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        |                                      | <input type="checkbox"/> 3 5級地                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 5 その他 |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
| <input type="checkbox"/> 11 | 訪問介護 | <div><input type="checkbox"/> 1 身体介護</div> <div><input type="checkbox"/> 2 生活援助</div> <div><input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助</div> |        | 定期巡回・随時対応サービスに関する状況                  | <div><input type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない</div> <div><input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている</div> <div><input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある</div>                                                                                                                                              |                                |                                |                                |  |  | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div> | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div> |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <div><input type="checkbox"/> 1 減算型</div> <div><input type="checkbox"/> 2 基準型</div>                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 業務経統計画策定の有無                          | <div><input type="checkbox"/> 1 減算型</div> <div><input type="checkbox"/> 2 基準型</div>                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 特定事業所加算（V以外）                         | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</div> <div><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</div> <div><input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ</div> <div><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ</div>                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 特定事業所加算V                             | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div>                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 共生型サービスの提供（居宅介護事業所）                  | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div>                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 共生型サービスの提供（重度訪問介護事業所）                | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div>                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）           | <div><input type="checkbox"/> 1 非該当</div> <div><input type="checkbox"/> 2 該当</div>                                                                                                                                                                                                                       |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上）） | <div><input type="checkbox"/> 1 非該当</div> <div><input type="checkbox"/> 2 該当</div>                                                                                                                                                                                                                       |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）    | <div><input type="checkbox"/> 1 非該当</div> <div><input type="checkbox"/> 2 該当</div>                                                                                                                                                                                                                       |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 特別地域加算                               | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div>                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         | <div><input type="checkbox"/> 1 非該当</div> <div><input type="checkbox"/> 2 該当</div>                                                                                                                                                                                                                       |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         | <div><input type="checkbox"/> 1 非該当</div> <div><input type="checkbox"/> 2 該当</div>                                                                                                                                                                                                                       |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 口腔連携強化加算                             | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 あり</div>                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 認知症専門ケア加算                            | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</div> <div><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</div>                                                                                                                                                                             |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |
|                             |      |                                                                                                                                     |        | 介護職員等処遇改善加算                          | <div><input type="checkbox"/> 1 なし</div> <div><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</div> <div><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</div> <div><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</div> <div><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ</div> <div><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ</div> <div><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</div> |                                |                                |                                |  |  |                                                                                   |                                                                                   |    |

|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|------|-------------|------------------------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 12 | 訪問入浴介護      |                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|      |             |                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 認知症専門ケア加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 看取り連携体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ 13 | 訪問看護        | □ 1 訪問看護ステーション<br>□ 2 病院又は診療所<br>□ 3 定期巡回・随時対応サービス連携 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 緊急時訪問看護加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別管理体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 専門管理加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | ターミナルケア体制                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 遠隔死亡診断補助加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 看護体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 口腔連携強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ（イ及びロの場合）<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ（イ及びロの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ（ハの場合）<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ（ハの場合）                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ 14 | 訪問リハビリテーション | □ 1 病院又は診療所<br>□ 2 介護老人保健施設<br>□ 3 介護医療院             |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | リハビリテーションマネジメント加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 口腔連携強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 移行支援加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  |                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| □ 31 | 居宅療養管理指導    |                                                      |  | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 医療用麻薬持続注射療法加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |             |                                                      |  | 在宅中心静脈栄養法加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |

|                             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15 | 通所介護        | <input type="checkbox"/> 4 通常規模型事業所<br><input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所（Ⅱ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 職員の欠員による減算の状況<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応<br>時間延長サービス体制<br>共生型サービスの提供（生活介護事業所）<br>共生型サービスの提供（自立訓練事業所）<br>共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）<br>共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）<br>生活相談員配置等加算<br>入浴介助加算<br>中重度者ケア体制加算<br>生活機能向上連携加算<br>個別機能訓練加算<br>ADL維持等加算〔申出〕の有無<br>認知症加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>科学的介護推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| <input type="checkbox"/> 16 | 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 4 通常規模の事業所(病院・診療所)<br><input type="checkbox"/> 7 通常規模の事業所(介護老人保健施設)<br><input type="checkbox"/> A 通常規模の事業所(介護医療院)<br><input type="checkbox"/> D 大規模の事業所(病院・診療所)<br><input type="checkbox"/> E 大規模の事業所(介護老人保健施設)<br><input type="checkbox"/> F 大規模の事業所(介護医療院)<br><input type="checkbox"/> G 大規模の事業所(特例)(病院・診療所)<br><input type="checkbox"/> H 大規模の事業所(特例)(介護老人保健施設)<br><input type="checkbox"/> J 大規模の事業所(特例)(介護医療院) |  | 職員の欠員による減算の状況<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応<br>時間延長サービス体制<br>リハビリテーション提供体制加算<br>入浴介助加算<br>リハビリテーションマネジメント加算<br>リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明<br>認知症短期集中リハビリテーション実施加算<br>生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>中重度者ケア体制加算<br>科学的介護推進体制加算<br>移行支援加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰハ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |

|      |          |                                                                                                                                                        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 21 | 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型・空床型<br><input type="checkbox"/> 3 単独型ユニット型<br><input type="checkbox"/> 4 併設型・空床型ユニット型 | 夜間勤務条件基準                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|      |          |                                                                                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | ユニットケア体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 業務経続計画策定の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 共生型サービスの提供<br>(短期入所事業所)            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 生活相談員配置等加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 生活機能向上連携加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 機能訓練指導体制                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 個別機能訓練体制                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 看護体制加算Ⅰ又はⅢ                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 看護体制加算Ⅱ又はⅣ                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅳ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 医療連携強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 看取り連携体制加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 夜勤職員配置加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ                                                                                                                            |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | テクノロジーの導入<br>(夜勤職員配置加算関係)          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 若年性認知症利用者受入加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 送迎体制                               | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 口腔連携強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 療養食加算                              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 認知症専門ケア加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 生産性向上推進体制加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | サービス提供体制強化加算<br>(単独型)              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | サービス提供体制強化加算<br>(併設型、空床型)          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 併設本体施設における介護職員等処<br>遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |          |                                                                                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |

|                                |                                  |                                             |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 22    | 短期入所療養介護                         | <input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（Ⅰ）      | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型                                                                                            | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 送迎体制     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                | サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                                                                                                                                               | 介護職員等処遇改善加算                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師               | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士            | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 室料相当額控除                        | <input type="checkbox"/> 1 非該当   | <input type="checkbox"/> 2 該当               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 22    | 短期入所療養介護                         | <input type="checkbox"/> 2 ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型                                                                                            | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table>                                                                                                                      | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 送迎体制            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |                                | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                                               | 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師               | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
|                                | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士            | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ              | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |                 |                               |                                |                                |                 |                                 |                                |                                |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                |                                                               |                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |                               |                                 |                                                                                                                                                               |                                                                |  |

|                               |                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|---------------------------------|--------------------------------|--|-----------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------|-------------------------------|-------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|-------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 22   | 短期入所療養介護                              | <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 7 介護老人保健施設（Ⅲ）                                              | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法</td> <td><input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法</td> <td><input type="checkbox"/> 3 その他</td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別療養費加算項目</td> <td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td> <td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし     | <input type="checkbox"/> 2 あり      |                                | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> 3 その他 | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 送迎体制      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可    |  | 特別療養費加算項目   | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  | 療養体制維持特別加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養体制維持特別加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                |  | サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  | 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |  | 介護職員等処遇改善加算                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| 夜間勤務条件基準                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型        | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 医師                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
|                               | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士      | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士                                                                                              | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| ユニットケア体制                      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 室料相当額控除                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当        | <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 夜勤職員配置加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| リハビリテーション提供体制                 | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法     | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法                                                                                            | <input type="checkbox"/> 3 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 送迎体制                          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 特別療養費加算項目                     | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅱ                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 口腔連携強化加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 療養食加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 22   | 短期入所療養介護                              | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 8 ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ）                                    | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション提供体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法</td> <td><input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法</td> <td><input type="checkbox"/> 3 その他</td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別療養費加算項目</td> <td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td> <td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養体制維持特別加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                      | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法 | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> 3 その他 | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし     | <input type="checkbox"/> 2 あり      |                                | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 送迎体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 特別療養費加算項目 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  | 療養体制維持特別加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり     |  | 療養体制維持特別加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 口腔連携強化加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  | 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                |  | 介護職員等処遇改善加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 夜間勤務条件基準                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型        | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 医師                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
|                               | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士      | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士                                                                                              | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| ユニットケア体制                      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型        | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 夜勤職員配置加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| リハビリテーション提供体制                 | <input type="checkbox"/> 1 言語聴覚療法     | <input type="checkbox"/> 2 精神科作業療法                                                                                            | <input type="checkbox"/> 3 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 送迎体制                          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可       | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 特別療養費加算項目                     | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅰ                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 療養体制維持特別加算Ⅱ                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 口腔連携強化加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 療養食加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 認知症専門ケア加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |               |                                   |                                    |                                |               |                                   |                                    |                                |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |           |                                       |                                   |  |             |                                       |                                   |  |             |                               |                               |  |             |                               |                               |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                                               |  |             |                               |                                                               |  |              |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                              |  |                               |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |                               |                                                                                                                               |  |                                                                |

|                               |                                  |                                  |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 22                          | 短期入所療養介護                         | □ 9 介護老人保健施設（Ⅳ）                  |                                                                 | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td> <td><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ</td> <td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 送迎体制     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                | サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり   |                                 | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                               |                                                                | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師    | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| ユニットケア体制                      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 室料相当額控除                       | <input type="checkbox"/> 1 非該当   | <input type="checkbox"/> 2 該当    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 認知症ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 送迎体制                          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 療養食加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ  | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ  | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| □ 22                          | 短期入所療養介護                         | □ A ユニット型介護老人保健施設（Ⅳ）             |                                                                 | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 6 作業療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td> <td><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td> <td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ</td> <td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table>                                                                                                                      | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師 | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |  | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 送迎体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                                               | 介護職員等処遇改善加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 夜間勤務条件基準                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型   | <input type="checkbox"/> 6 減算型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 医師    | <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| ユニットケア体制                      | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型   | <input type="checkbox"/> 2 基準型   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 認知症ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 送迎体制                          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可  | <input type="checkbox"/> 2 対応可   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 療養食加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 2 あり    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ  | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ  | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                |                                |  |               |                               |                               |                                                                 |  |                                  |                                  |                                  |          |                                 |                                |  |             |                                |                                |  |                |                                |                                |  |             |                                |                                |  |          |                                |                               |  |          |                               |                               |  |               |                               |                               |  |               |                                 |                                |  |          |                                 |                                |  |          |                               |                               |  |           |                               |                                |                                |             |                               |                                |                                |              |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                |                                                               |                               |                               |                                 |                                 |             |                                 |                                 |                                                               |                                                                |                                 |                                 |                                                               |                                                                |  |

|                             |          |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|-----------------------------|----------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 23 | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 1 病院療養型      | <input type="checkbox"/> 2 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 5 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 6 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 7 II型（療養機能強化型）<br><input type="checkbox"/> 4 III型 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>特定診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 23 | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型病院療養型 | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B                                                                                                                                        | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>特定診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

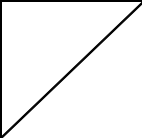
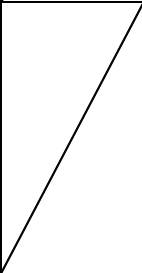
|                             |          |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|-----------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 23 | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> A 病院経過型<br><input type="checkbox"/> C ユニット型病院経過型 | <input type="checkbox"/> 2 I型<br><input type="checkbox"/> 3 II型                                                                                                  | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>特定診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 23 | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 2 診療所型                                           | <input type="checkbox"/> 1 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 4 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 2 II型 | 身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>設備基準<br>食堂の有無<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算                                              | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                                 |                                          |                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|---------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|---------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|-------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 23     | 短期入所療養介護                                 | <input type="checkbox"/> 7 ユニット型診療所型                                                          | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B | <table border="1"> <tr><td>ユニットケア体制</td><td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td><td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td></tr> <tr><td>身体拘束廃止取組の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td></tr> <tr><td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td></tr> <tr><td>業務継続計画策定の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td></tr> <tr><td>設備基準</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td></tr> <tr><td>食堂の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td></tr> <tr><td>若年性認知症利用者受入加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>送迎体制</td><td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td><td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td></tr> <tr><td>口腔連携強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>療養食加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td></tr> <tr><td>生産性向上推進体制加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td></tr> <tr><td>特定診療費項目</td><td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td><td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法</td><td></td></tr> <tr><td>リハビリテーション提供体制</td><td><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法</td><td><input type="checkbox"/> 6 その他</td></tr> <tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td></tr> <tr><td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td></tr> <tr><td>介護職員等処遇改善加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td><td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可  | 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型  | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型  | 設備基準                            | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 | 食堂の有無       | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型 | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり  | 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 認知症専門ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 特定診療費項目                        | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |                               | リハビリテーション提供体制                 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 |      | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> 6 その他 | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |                               | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| ユニットケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 対応不可          | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 設備基準                            | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 食堂の有無                           | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可          | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 特定診療費項目                         | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導    | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                   | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法       | <input type="checkbox"/> 6 その他                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ  |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ          | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 2A     | 短期入所療養介護                                 | <input type="checkbox"/> 1 I型介護医療院                                                            | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（Ⅲ）           | <table border="1"> <tr><td>夜間勤務条件基準</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ</td></tr> <tr><td>職員の欠員による減算の状況</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 医師</td><td><input type="checkbox"/> 3 薬剤師</td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 4 看護職員</td><td><input type="checkbox"/> 5 介護職員</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>身体拘束廃止取組の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>業務継続計画策定の有無</td><td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td><td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>療養環境基準（廊下）</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>療養環境基準（療養室）</td><td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td><td><input type="checkbox"/> 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>若年性認知症利用者受入加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>送迎体制</td><td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td><td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>口腔連携強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>療養食加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr><td>重度認知症疾患療養体制加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr><td>特別診療費項目</td><td><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導</td><td><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>リハビリテーション提供体制</td><td><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 作業療法</td><td><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法</td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法</td><td></td><td><input type="checkbox"/> 6 その他</td><td></td></tr> <tr><td>生産性向上推進体制加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ</td><td><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td></tr> <tr><td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>介護職員等処遇改善加算</td><td><input type="checkbox"/> 1 なし</td><td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ</td><td><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ</td><td></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td><td><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ</td><td><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ</td><td><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td></tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型  | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 医師  | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 |             |                                | <input type="checkbox"/> 4 看護職員 | <input type="checkbox"/> 5 介護職員 |                                |                                | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |               |                               | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |                                |          | 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |                               |                               | 療養環境基準（廊下） | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                |             |                               | 療養環境基準（療養室）                                                   | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 2 減算型        |                                   |  | 若年性認知症利用者受入加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |                                  |                                                                   | 送迎体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可    | <input type="checkbox"/> 2 対応可 |              |                               | 口腔連携強化加算                                                                                     | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり |                               |             | 療養食加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                   | <input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |                                                                                               | 認知症専門ケア加算                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 重度認知症疾患療養体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 特別診療費項目 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |  |  |  | リハビリテーション提供体制 | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 作業療法 | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 |  |  | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 |  | <input type="checkbox"/> 6 その他 |  | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり |  |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |  |  | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ                                                               | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ                                                                                    | <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 医師                                                                 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 4 看護職員          | <input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型           | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養環境基準（廊下）                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養環境基準（療養室）                     | <input type="checkbox"/> 1 基準型           | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可          | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 重度認知症疾患療養体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 特別診療費項目                         | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導    | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 |                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| リハビリテーション提供体制                   | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 3 作業療法                                                               | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法       |                                                                                               | <input type="checkbox"/> 6 その他                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ                                                                | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ                                                                                     | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし            | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ                                                               | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ          | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ                                                               | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ                                                                                     | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                 |                                 |                                 |                                |                               |                                |                                |             |                                |                                 |                                 |                                |                                |             |                                |                                |               |                               |                               |                                |                                 |                                |          |                               |                                |                                |                               |                               |            |                                |                                                               |             |                               |                                                               |                                |                                       |                                   |  |                                          |                               |                               |                                  |                                                                   |      |                                    |                                |              |                               |                                                                                              |                                 |                               |                               |             |                               |                                                                 |                               |                                 |                                                                                               |                                                                |                               |                                |                                |  |               |                               |                                |                                |  |         |                                       |                                   |  |  |  |                                          |  |  |  |               |                                  |                                 |                                   |  |  |                                    |  |                                |  |             |                               |                                |                                |  |              |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                               |  |  |             |                               |                                 |                                 |  |  |                                 |                                 |                                |                                |                                                                |  |

|      |          |              |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|------|----------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2A | 短期入所療養介護 | □ 2 II型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 II型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 II型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務経統計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 2A | 短期入所療養介護 | □ 3 特別介護医療院  | □ 1 I型                                                                                                      | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務経統計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算                                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                             |          |                                         |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |  |
|-----------------------------|----------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 2A | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 3 特別介護医療院      | <input type="checkbox"/> 2 II型                                       | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算                              | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 2A | 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 4 ユニット型Ⅰ型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ） | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>重度認知症患者療養体制加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|      |          |                  |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |
|------|----------|------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 2A | 短期入所療養介護 | □ 5 ユニット型Ⅱ型介護医療院 |                                                                | 夜間勤務条件基準<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br>職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br>ユニットケア体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>療養環境基準（廊下）<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br>療養環境基準（療養室）<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br>若年性認知症利用者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>送迎体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養食加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>重度認知症疾患療養体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>特別診療費項目<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br>リハビリテーション提供体制<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| □ 2A | 短期入所療養介護 | □ 6 ユニット型特別介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型<br><input type="checkbox"/> 2 Ⅱ型 | 夜間勤務条件基準<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br>職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br>ユニットケア体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>療養環境基準（廊下）<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br>療養環境基準（療養室）<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br>若年性認知症利用者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>送迎体制<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br>口腔連携強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>療養食加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>重度認知症疾患療養体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |

|      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                                       |
|------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| □ 33 | 特定施設入居者生活介護        | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 3 養護老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム（混合型）<br><input type="checkbox"/> 6 軽費老人ホーム（混合型）<br><input type="checkbox"/> 7 養護老人ホーム（混合型） | <input type="checkbox"/> 1 一般型<br><input type="checkbox"/> 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>入居継続支援加算<br>テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）<br>生活機能向上連携加算<br>個別機能訓練加算<br>ADL維持等加算〔申出〕の有無<br>夜間看護体制加算<br>若年性認知症入居者受入加算<br>科学的介護推進体制加算<br>看取り介護加算<br>認知症専門ケア加算<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                        |
| □ 27 | 特定施設入居者生活介護（短期利用型） | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム（介護専用型）<br><input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム（混合型）<br><input type="checkbox"/> 6 軽費老人ホーム（混合型）                                                                                         |                                                                        | 職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>夜間看護体制加算<br>若年性認知症入居者受入加算<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                        |
| □ 17 | 福祉用具貸与             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | 業務継続計画策定の有無<br>特別地域加算<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br>中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |   |
| □ 43 | 居宅介護支援             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制<br>特別地域加算<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br>中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br>特定事業所集中減算<br>特定事業所加算<br>特定事業所医療介護連携加算<br>ターミナルケアマネジメント加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算A<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|      |            |                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 51 | 介護福祉施設サービス | <input type="checkbox"/> 1 介護福祉施設<br><input type="checkbox"/> 2 経過的小規模介護福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 ユニット型介護福祉施設<br><input type="checkbox"/> 4 経過的ユニット型小規模介護福祉施設 | 夜間勤務条件基準                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護支援専門員 |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | ユニットケア体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 安全管理体制                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無              | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 業務継続計画策定の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 日常生活継続支援加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | テクノロジーの導入<br>(日常生活継続支援加算関係) | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 看護体制加算Ⅰ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 看護体制加算Ⅱ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 夜勤職員配置加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ                              |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | テクノロジーの導入<br>(夜勤職員配置加算関係)   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 準ユニットケア体制                   | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 生活機能向上連携加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 個別機能訓練加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ       |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | ADL維持等加算〔申出〕の有無             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 若年性認知症入所者受入加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 常勤専従医師配置                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 精神科医師定期的療養指導                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 障害者生活支援体制                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 栄養マネジメント強化体制                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 療養食加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 配置医師緊急時対応加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 看取り介護体制                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 在宅・入所相互利用体制                 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                   |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 認知症専門ケア加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 認知症チームケア推進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 褥瘡マネジメント加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 排せつ支援加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 自立支援促進加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 科学的介護推進体制加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 安全対策体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 生産性向上推進体制加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                      |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | サービス提供体制強化加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ       |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                                    |                                                                |                                                                |
|      |            |                                                                                                                                                                        |                             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ    |                                                                |                                                                |

|      |            |               |                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|------------|---------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | □ 1 介護保健施設（Ⅰ） | □ 1 基本型<br>□ 2 在宅強化型 | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |               |                      | 職員の欠員による減算の状況        | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士                                                                                       |                                                                |  |
|      |            |               |                      | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 室料相当額控除              | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 褥瘡マネジメント加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |               |                      | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |  |
|      |            |               |                      | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|      |            |                    |                                                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
|------|------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | □ 2 ユニット型介護保健施設（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型 | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |                    |                                                                    | 職員の欠員による減算の状況        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 褥瘡マネジメント加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                    |                                                                    | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |  |

|      |            |                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
|------|------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | <input type="checkbox"/> 5 介護保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 7 介護保健施設（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |                                                                              | 職員の欠員による減算の状況        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 室料相当額控除              | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                            |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 特別療養費加算項目            | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 療養体制維持特別加算Ⅰ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 療養体制維持特別加算Ⅱ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | リハビリテーション提供体制        | <input type="checkbox"/> 1 リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 2 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 3 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 4 その他                                                                                                                         |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |  |
|      |            |                                                                              | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |  |

|      |            |                                                                                        |                      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 52 | 介護保健施設サービス | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型介護保健施設（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 8 ユニット型介護保健施設（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |            |                                                                                        | 職員の欠員による減算の状況        | <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士                                                                                       |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | ユニットケア体制             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 身体拘束廃止取組の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 安全管理体制               | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 高齢者虐待防止措置実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 業務継続計画策定の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 夜勤職員配置加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症ケア加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 若年性認知症入所者受入加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | ターミナルケア体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 特別療養費加算項目            | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                                                                                                                                        |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 療養体制維持特別加算Ⅰ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 療養体制維持特別加算Ⅱ          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 栄養マネジメント強化体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 療養食加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症専門ケア加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 認知症チームケア推進加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | リハビリテーション提供体制        | <input type="checkbox"/> 1 リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 2 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 3 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 4 その他                                                                                |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | リハビリ計画書情報加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 排せつ支援加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 自立支援促進加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 科学的介護推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 安全対策体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 生産性向上推進体制加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | サービス提供体制強化加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |  |
|      |            |                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------------------------------------|--|--------|---------------------------------------------------------------|--|----------------|---------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------------------------------------------------|--|----------|--------------------------------------------------------------|--|----------|-------------------------------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------------------------------|--|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|-------------------------------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| □ 52              | 介護保健施設サービス                                                                                                                                                                                                                                                              | □ 9 介護保健施設（Ⅳ）                                                  | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型    <input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 医師    <input type="checkbox"/> 3 看護職員    <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br/><input type="checkbox"/> 5 理学療法士    <input type="checkbox"/> 6 作業療法士    <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br/><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>安全管理体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養ケア・マネジメントの実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当    <input type="checkbox"/> 2 該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入所者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養マネジメント強化体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症チームケア推進加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 安全管理体制 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当 |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症ケア加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症入所者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | ターミナルケア体制    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 栄養マネジメント強化体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 認知症専門ケア加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 認知症チームケア推進加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |  | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  |
| 夜間勤務条件基準          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 職員の欠員による減算の状況     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ユニットケア体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 身体拘束廃止取組の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 安全管理体制            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 業務継続計画策定の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 室料相当額控除           | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 夜勤職員配置加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症ケア加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 若年性認知症入所者受入加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ターミナルケア体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養マネジメント強化体制      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 療養食加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症専門ケア加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症チームケア推進加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 生産性向上推進体制加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| サービス提供体制強化加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 介護職員等処遇改善加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| □ 52              | 介護保健施設サービス                                                                                                                                                                                                                                                              | □ A ユニット型介護保健施設（Ⅳ）                                             | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型    <input type="checkbox"/> 6 減算型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 医師    <input type="checkbox"/> 3 看護職員    <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br/><input type="checkbox"/> 5 理学療法士    <input type="checkbox"/> 6 作業療法士    <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br/><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>安全管理体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型    <input type="checkbox"/> 2 基準型</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養ケア・マネジメントの実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入所者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養マネジメント強化体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症チームケア推進加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型 |  | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 安全管理体制 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり  |  | 認知症ケア加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 若年性認知症入所者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | ターミナルケア体制     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 栄養マネジメント強化体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 療養食加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 認知症チームケア推進加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり |  | 生産性向上推進体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ |  | 介護職員等処遇改善加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 夜間勤務条件基準          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 職員の欠員による減算の状況     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 8 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ユニットケア体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 身体拘束廃止取組の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 安全管理体制            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 業務継続計画策定の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 夜勤職員配置加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症ケア加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 若年性認知症入所者受入加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ターミナルケア体制         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 栄養マネジメント強化体制      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 療養食加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症専門ケア加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 認知症チームケア推進加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 生産性向上推進体制加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| サービス提供体制強化加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 介護職員等処遇改善加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |          |                                                                |  |             |                                                               |  |        |                                                               |  |                |                                                               |  |             |                                                               |  |                   |                                                             |  |          |                                                              |  |          |                                                             |  |               |                                                             |  |               |                                                             |  |              |                                                             |  |              |                                                             |  |           |                                                                                             |  |              |                                                                                             |  |                 |                                                                                             |  |                 |                                                             |  |                 |                                                                                             |  |              |                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                |  |             |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |

|      |           |             |                                                                                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|------|-----------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 1 I型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型   | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員  |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 療養環境基準（廊下）              | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 療養環境基準（療養室）             | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                            |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他                                                        |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7 <input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                                                                                       |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |             |                                                                                                          | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |

|      |           |              |                                                                                                             |                         |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|------|-----------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 2 II型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 II型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 II型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型   | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員  |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 療養環境基準（廊下）              | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 療養環境基準（療養室）             | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 室料相当額控除                 | <input type="checkbox"/> 1 非該当<br><input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                                                                                        |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他                                                              |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7<br><input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                                                                                             |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 重度認知症疾患療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                           |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |
|      |           |              |                                                                                                             | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                     |                                                                    |                                                                |  |

|                   |                     |                       |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
|-------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|---------------------|----------------------|------------------|---------------|--------------------|-----------------------|---------------------|--|-------------|---------|---------|--|--|--------|---------|---------|--|--|----------------|---------|---------|--|--|-------------|---------|---------|--|--|-------------------|--------|--------|--|--|------------|---------|---------|--|--|-------------|---------|---------|--|--|---------------|---------|--------|--|--|---------------|--------|--------|--|--|--------------|--------|--------|--|--|-----------|--------|---------|---------|--|--------------|--------|---------|---------|--|---------------|--------|---------|---------|--|-----------------|--------|---------|---------|--|-----------------|--------|--------|--|--|-----------------|--------|---------|---------|--|--------------|--------|---------|-----------------|--|--------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|--|------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|--|------------------|
| □ 55              | 介護医療院サービス           | □ 3 特別介護医療院           | □ 1 I型                      | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td><td>□ 1 基準型<br/>□ 5 加算型Ⅳ</td><td>□ 2 加算型Ⅰ<br/>□ 6 減算型</td><td>□ 3 加算型Ⅱ<br/>□ 7 加算型Ⅲ</td><td>□ 1 なし<br/>□ 2 あり</td></tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td><td>□ 1 なし<br/>□ 5 介護職員</td><td>□ 2 医師<br/>□ 6 介護支援専門員</td><td>□ 3 薬剤師<br/>□ 4 看護職員</td><td></td></tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>安全管理体制</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>栄養ケア・マネジメントの実施の有無</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>療養環境基準（廊下）</td><td>□ 1 基準型</td><td>□ 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>療養環境基準（療養室）</td><td>□ 1 基準型</td><td>□ 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>若年性認知症入所者受入加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>栄養マネジメント強化体制</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>療養食加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>認知症チームケア推進加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>重度認知症患者療養体制加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 6 加算Ⅰ</td><td>□ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ</td><td></td></tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td><td>□ 1 なし<br/>□ 8 加算Ⅱイ</td><td>□ 7 加算Ⅰイ<br/>□ T 加算Ⅱロ</td><td>□ S 加算Ⅰロ<br/>□ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ</td><td></td></tr> </table>                                                                             | 夜間勤務条件基準 | □ 1 基準型<br>□ 5 加算型Ⅳ | □ 2 加算型Ⅰ<br>□ 6 減算型 | □ 3 加算型Ⅱ<br>□ 7 加算型Ⅲ | □ 1 なし<br>□ 2 あり | 職員の欠員による減算の状況 | □ 1 なし<br>□ 5 介護職員 | □ 2 医師<br>□ 6 介護支援専門員 | □ 3 薬剤師<br>□ 4 看護職員 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 安全管理体制 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 業務継続計画策定の有無 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 療養環境基準（廊下） | □ 1 基準型 | □ 2 減算型 |  |  | 療養環境基準（療養室） | □ 1 基準型 | □ 2 減算型 |  |  | 若年性認知症入所者受入加算 | □ 1 なし  | □ 2 あり |  |  | 栄養マネジメント強化体制  | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 療養食加算        | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 認知症専門ケア加算 | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | 認知症チームケア推進加算 | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | 重度認知症患者療養体制加算 | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | □ 1 なし | □ 2 あり  |         |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 生産性向上推進体制加算     | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | サービス提供体制強化加算 | □ 1 なし | □ 6 加算Ⅰ | □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ |  | 介護職員等処遇改善加算  | □ 1 なし<br>□ 8 加算Ⅱイ | □ 7 加算Ⅰイ<br>□ T 加算Ⅱロ | □ S 加算Ⅰロ<br>□ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |  | □ 1 なし<br>□ 2 あり |                    |                      |                             |  |                  |
| 夜間勤務条件基準          | □ 1 基準型<br>□ 5 加算型Ⅳ | □ 2 加算型Ⅰ<br>□ 6 減算型   | □ 3 加算型Ⅱ<br>□ 7 加算型Ⅲ        | □ 1 なし<br>□ 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 職員の欠員による減算の状況     | □ 1 なし<br>□ 5 介護職員  | □ 2 医師<br>□ 6 介護支援専門員 | □ 3 薬剤師<br>□ 4 看護職員         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 身体拘束廃止取組の有無       | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 安全管理体制            | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無    | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 業務継続計画策定の有無       | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 療養環境基準（廊下）        | □ 1 基準型             | □ 2 減算型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 療養環境基準（療養室）       | □ 1 基準型             | □ 2 減算型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 若年性認知症入所者受入加算     | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 栄養マネジメント強化体制      | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 療養食加算             | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 認知症専門ケア加算         | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 認知症チームケア推進加算      | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 重度認知症患者療養体制加算     | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 生産性向上推進体制加算       | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| サービス提供体制強化加算      | □ 1 なし              | □ 6 加算Ⅰ               | □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 介護職員等処遇改善加算       | □ 1 なし<br>□ 8 加算Ⅱイ  | □ 7 加算Ⅰイ<br>□ T 加算Ⅱロ  | □ S 加算Ⅰロ<br>□ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| □ 55              | 介護医療院サービス           | □ 3 特別介護医療院           | □ 2 II型                     | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td><td>□ 1 基準型<br/>□ 5 加算型Ⅳ</td><td>□ 2 加算型Ⅰ<br/>□ 6 減算型</td><td>□ 3 加算型Ⅱ<br/>□ 7 加算型Ⅲ</td><td>□ 1 なし<br/>□ 2 あり</td></tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td><td>□ 1 なし<br/>□ 5 介護職員</td><td>□ 2 医師<br/>□ 6 介護支援専門員</td><td>□ 3 薬剤師<br/>□ 4 看護職員</td><td></td></tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>安全管理体制</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td><td>□ 1 減算型</td><td>□ 2 基準型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>栄養ケア・マネジメントの実施の有無</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>療養環境基準（廊下）</td><td>□ 1 基準型</td><td>□ 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>療養環境基準（療養室）</td><td>□ 1 基準型</td><td>□ 2 減算型</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>室料相当額控除</td><td>□ 1 非該当</td><td>□ 2 該当</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>若年性認知症入所者受入加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>栄養マネジメント強化体制</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>療養食加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>認知症チームケア推進加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>重度認知症患者療養体制加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 あり</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 2 加算Ⅰ</td><td>□ 3 加算Ⅱ</td><td></td></tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td><td>□ 1 なし</td><td>□ 6 加算Ⅰ</td><td>□ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ</td><td></td></tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td><td>□ 1 なし<br/>□ 8 加算Ⅱイ</td><td>□ 7 加算Ⅰイ<br/>□ T 加算Ⅱロ</td><td>□ S 加算Ⅰロ<br/>□ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ</td><td></td></tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | □ 1 基準型<br>□ 5 加算型Ⅳ | □ 2 加算型Ⅰ<br>□ 6 減算型 | □ 3 加算型Ⅱ<br>□ 7 加算型Ⅲ | □ 1 なし<br>□ 2 あり | 職員の欠員による減算の状況 | □ 1 なし<br>□ 5 介護職員 | □ 2 医師<br>□ 6 介護支援専門員 | □ 3 薬剤師<br>□ 4 看護職員 |  | 身体拘束廃止取組の有無 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 安全管理体制 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 業務継続計画策定の有無 | □ 1 減算型 | □ 2 基準型 |  |  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 療養環境基準（廊下） | □ 1 基準型 | □ 2 減算型 |  |  | 療養環境基準（療養室） | □ 1 基準型 | □ 2 減算型 |  |  | 室料相当額控除       | □ 1 非該当 | □ 2 該当 |  |  | 若年性認知症入所者受入加算 | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 栄養マネジメント強化体制 | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 療養食加算     | □ 1 なし | □ 2 あり  |         |  | 認知症専門ケア加算    | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | 認知症チームケア推進加算  | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | 重度認知症患者療養体制加算   | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | □ 1 なし | □ 2 あり |  |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | □ 1 なし | □ 2 あり  |         |  | 生産性向上推進体制加算  | □ 1 なし | □ 2 加算Ⅰ | □ 3 加算Ⅱ         |  | サービス提供体制強化加算 | □ 1 なし             | □ 6 加算Ⅰ              | □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ             |  | 介護職員等処遇改善加算      | □ 1 なし<br>□ 8 加算Ⅱイ | □ 7 加算Ⅰイ<br>□ T 加算Ⅱロ | □ S 加算Ⅰロ<br>□ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |  | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
| 夜間勤務条件基準          | □ 1 基準型<br>□ 5 加算型Ⅳ | □ 2 加算型Ⅰ<br>□ 6 減算型   | □ 3 加算型Ⅱ<br>□ 7 加算型Ⅲ        | □ 1 なし<br>□ 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 職員の欠員による減算の状況     | □ 1 なし<br>□ 5 介護職員  | □ 2 医師<br>□ 6 介護支援専門員 | □ 3 薬剤師<br>□ 4 看護職員         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 身体拘束廃止取組の有無       | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 安全管理体制            | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無    | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 業務継続計画策定の有無       | □ 1 減算型             | □ 2 基準型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 療養環境基準（廊下）        | □ 1 基準型             | □ 2 減算型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 療養環境基準（療養室）       | □ 1 基準型             | □ 2 減算型               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 室料相当額控除           | □ 1 非該当             | □ 2 該当                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 若年性認知症入所者受入加算     | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 栄養マネジメント強化体制      | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 療養食加算             | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 認知症専門ケア加算         | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 認知症チームケア推進加算      | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 重度認知症患者療養体制加算     | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | □ 1 なし              | □ 2 あり                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 生産性向上推進体制加算       | □ 1 なし              | □ 2 加算Ⅰ               | □ 3 加算Ⅱ                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| サービス提供体制強化加算      | □ 1 なし              | □ 6 加算Ⅰ               | □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |
| 介護職員等処遇改善加算       | □ 1 なし<br>□ 8 加算Ⅱイ  | □ 7 加算Ⅰイ<br>□ T 加算Ⅱロ  | □ S 加算Ⅰロ<br>□ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                     |                     |                      |                  |               |                    |                       |                     |  |             |         |         |  |  |        |         |         |  |  |                |         |         |  |  |             |         |         |  |  |                   |        |        |  |  |            |         |         |  |  |             |         |         |  |  |               |         |        |  |  |               |        |        |  |  |              |        |        |  |  |           |        |         |         |  |              |        |         |         |  |               |        |         |         |  |                 |        |         |         |  |                 |        |        |  |  |                 |        |         |         |  |              |        |         |                 |  |              |                    |                      |                             |  |                  |                    |                      |                             |  |                  |

|      |           |                  |                                                                    |                         |                                                                                   |                                                                          |                                                                                                     |                                                                |  |
|------|-----------|------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 4 ユニット型Ⅰ型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1Ⅰ型(Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2Ⅰ型(Ⅱ) | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                 | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型        | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |                  |                                                                    | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                  | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員      | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員                                   |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | ユニットケア体制                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                 |                                                                          |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 療養環境基準(廊下)              | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 療養環境基準(療養室)             | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                        |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法            | <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他        | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                                                   |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7 | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                                                                |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  |                                                                    | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ                  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ       | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|      |           |                  |                         |                                                                                   |                                                                          |                                                                                                     |                                                                |  |
|------|-----------|------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 5 ユニット型Ⅱ型介護医療院 | 夜間勤務条件基準                | <input type="checkbox"/> 1 基準型<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ                 | <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 6 減算型        | <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |                  | 職員の欠員による減算の状況           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員                  | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員      | <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員                                   |                                                                |  |
|      |           |                  | ユニットケア体制                | <input type="checkbox"/> 1 対応不可<br><input type="checkbox"/> 2 対応可                 |                                                                          |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 身体拘束廃止取組の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 安全管理体制                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 高齢者虐待防止措置実施の有無          | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 業務継続計画策定の有無             | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 療養環境基準（廊下）              | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 療養環境基準（療養室）             | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                                    | <input type="checkbox"/> 2 減算型                                           |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 若年性認知症入所者受入加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 栄養マネジメント強化体制            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 療養食加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 特別診療費項目                 | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 | <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導                                        |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | リハビリテーション提供体制           | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法            | <input type="checkbox"/> 3 作業療法<br><input type="checkbox"/> 6 その他        | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法                                                                   |                                                                |  |
|      |           |                  | リハビリテーション・口腔・栄養に係る計画の提出 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 理学療法 注7<br><input type="checkbox"/> 3 作業療法 注7 | <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 注5                                                                |                                                                |  |
|      |           |                  | 認知症短期集中リハビリテーション加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 認知症専門ケア加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 認知症チームケア推進加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 重度認知症患者療養体制加算           | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 排せつ支援加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 自立支援促進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 科学的介護推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 安全対策体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                            |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | 生産性向上推進体制加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         |                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  | サービス提供体制強化加算            | <input type="checkbox"/> 1 なし                                                     | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ         | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                      |                                                                |  |
|      |           |                  | 介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ                  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ       | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|      |           |                  |                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|-----------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 55 | 介護医療院サービス | □ 6 ユニット型特別介護医療院 | □ 1 I型<br>□ 2 II型 | 夜間勤務条件基準          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型                               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |           |                  |                   | 職員の欠員による減算の状況     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4 看護職員<br><input type="checkbox"/> 5 介護職員 <input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員                               |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | ユニットケア体制          | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 身体拘束廃止取組の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 安全管理体制            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 高齢者虐待防止措置実施の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 業務継続計画策定の有無       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 療養環境基準（廊下）        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 療養環境基準（療養室）       | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 若年性認知症入所者受入加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 栄養マネジメント強化体制      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 療養食加算             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 認知症専門ケア加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 認知症チームケア推進加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 重度認知症患者療養体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 生産性向上推進体制加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | サービス提供体制強化加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |  |
|      |           |                  |                   | 介護職員等処遇改善加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス                       |             | 施設等の区分                                                                                                        |  | 人員配置区分                               |      | そ の 他 該 当 す る 体 制 等                                                                                                              |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 各サービス共通                      |             |                                                                                                               |  |                                      |      | 地域区分                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> 1 1級地 |  | <input type="checkbox"/> 6 2級地                                |  | <input type="checkbox"/> 7 3級地 |  | <input type="checkbox"/> 2 4級地 |  |
|                              |             |                                                                                                               |  |                                      |      | <input type="checkbox"/> 3 5級地                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 4 6級地 |  | <input type="checkbox"/> 9 7級地                                |  | <input type="checkbox"/> 5 その他 |  |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 11  | 訪問介護        | <input type="checkbox"/> 1 身体介護<br><input type="checkbox"/> 2 生活援助<br><input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助      |  | 定期巡回・随時対応サービスに関する状況                  |      | <input type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない<br><input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている<br><input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       |      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 業務継続計画策定の有無                          |      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 共生型サービスの提供（居宅介護事業所）                  |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 共生型サービスの提供（重度訪問介護事業所）                |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）           |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上）） |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）    |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 特別地域加算                               |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 口腔連携強化加算                             |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 認知症専門ケア加算                            |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 13          | 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション<br><input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応型サービス連携       |  | 業務継続計画策定の有無                    |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 |  |                                |  |                                |  |
| 特別地域加算                       |             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                   |  |                                      |      |                                                                                                                                  |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） |             | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                  |  |                                      |      |                                                                                                                                  |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） |             | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                  |  |                                      |      |                                                                                                                                  |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 14  | 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院 |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       |      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 業務継続計画策定の有無                          |      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                    |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 特別地域加算                               |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         |      | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                     |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | リハビリテーションマネジメント加算                    |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅱ                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明          |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
|                              |             |                                                                                                               |  | 口腔連携強化加算                             |      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                      |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |
| 移行支援加算                       |             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                   |  |                                      |      |                                                                                                                                  |  |                                |  |                                                               |  |                                |  |                                |  |

|      |      |                                                                                                                       |                               |                                                                                               |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| □ 15 | 通所介護 | <input type="checkbox"/> 4 通常規模型事業所<br><input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所（Ⅱ） | 職員の欠員による減算の状況                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|      |      |                                                                                                                       | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|      |      |                                                                                                                       | 業務継続計画策定の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|      |      |                                                                                                                       | 時間延長サービス体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（生活介護事業所）       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（自立訓練事業所）       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（児童発達支援事業所）     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 共生型サービスの提供<br>（放課後等デイサービス事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 生活相談員配置等加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 入浴介助加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ   |
|      |      |                                                                                                                       | 中重度者ケア体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 生活機能向上連携加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|      |      |                                                                                                                       | 個別機能訓練加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ |
|      |      |                                                                                                                       | ADL維持等加算〔申出〕の有無               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 認知症加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 若年性認知症利用者受入加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 栄養アセスメント・栄養改善体制               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 口腔機能向上加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|      |      |                                                                                                                       | 科学的介護推進体制加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

## 備考 （別紙１）居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援

- 備考 １ 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、LIFE（科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号の横の口を■にしてください。
- ２ 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙６）を添付してください。
- ３ 介護老人保健施設における「施設等の区分」及び「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」に係る届出については、「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」（令和６年９月サービス提供分までは別紙29、令和６年10月サービス提供分以降は別紙29-２）又は「介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出」（別紙29-３）を添付してください。
- ４ 病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）における「施設等の区分」に係る届出については、「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出」（別紙29-４）を添付してください。
- ５ 介護医療院における「施設等の区分」に係る届出については、「Ⅰ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙30）又は「Ⅱ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙30-２）を添付してください。
- ６ 訪問看護における定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携しサービス提供を行う場合については、「訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書」（別紙15）を添付してください。
- ７ 「定期巡回・随時対応サービスに関する状況」を「定期巡回の指定を受けている」もしくは「定期巡回の整備計画がある」と記載する場合は、「定期巡回・随時対応サービスに関する状況等に係る届出書（訪問介護事業所）」（別紙8）を添付して下さい。
- ８ 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙７）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- ９ 「割引」を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙５）を添付してください。
- 10 「認知症専門ケア加算」については、「認知症専門ケア加算に係る届出書（訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護）」（別紙12）又は「認知症専門ケア加算に係る届出書（（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）」（別紙12-２）」を添付してください。
- また、「認知症チームケア推進加算」については、「認知症チームケア推進加算に係る届出書」（別紙42）を添付してください。
- 11 「緊急時訪問看護加算」「緊急時対応加算」「特別管理体制」「ターミナルケア体制」については、「緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙16）を添付してください。
- 12 「看護体制強化加算」については、「看護体制強化加算に係る届出書」（別紙19）を添付してください。
- 13 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
- （例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、  
「医師の配置」…医師、「精神科医師定期的療養指導」…精神科医師、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- 14 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- 15 「生活相談員配置等加算」については、「生活相談員配置等加算に係る届出書」（別紙21）を添付してください。
- 16 「入浴介助加算」については、「浴室の平面図等」及び入浴介助加算（Ⅰ）の要件である研修を実施または、実施することが分かる資料等を添付してください。
- 17 「中重度者ケア体制加算」については、「中重度者ケア体制加算に係る届出書」（別紙22）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙22-2）を添付してください。
- 18 「認知症加算」については、「認知症加算に係る届出書」（別紙23）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙23-2）を添付してください。
- 19 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」及び「栄養マネジメント強化体制」については、「栄養マネジメント体制に関する届出書」（別紙38）を添付してください。
- 20 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。
- 21 「夜間看護体制加算」については、「夜間看護体制加算に係る届出書」（別紙33）を添付してください。
- 22 「看護体制加算（短期入所生活介護事業所）」については、「看護体制加算に係る届出書」（別紙25）を添付してください。
- 23 「看護体制加算」については、「看護体制加算に係る届出書」（別紙25-2）を、「看取り介護体制」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙34）を、「看取り介護加算」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙34-2）を添付してください。
- また、「看取り連携体制加算」については、「看取り連携体制加算に係る届出書」（別紙13）を添付してください。
- 24 「医療連携強化加算」については、「医療連携強化加算に係る届出書」（別紙26）を添付してください。
- 25 訪問介護における「特定事業所加算」については、「加算（Ⅰ）～（Ⅳ）」は「特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）に係る届出書（別紙10）」を、「加算（Ⅰ）、（Ⅲ）」の重度要介護者等対応要件の①を選択する場合は、「重度要介護者等対応要件の割合に関する計算書（特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅲ）」（別紙9-3）を、「加算（Ⅴ）」は「特定事業所加算（Ⅴ）に係る届出書」（別紙9-2）を添付してください。
- 26 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙14）～（別紙14-6）までのいずれかを添付してください。
- 27 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付してください。

- 28 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。
- (1) 看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。
- (2) ア 医師（病院において従事する者を除く。）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護・介護支援専門員（病院において従事するものを除く。）、介護従事者の欠員…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）
- イ 医師の欠員（病院において従事する者に限る。）…指定基準の60%を満たさない場合について記載し、人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の医師を選択する。ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）

＜厚生労働大臣が定める地域＞

厚生労働大臣が定める地域は、人口5万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 1 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- 3 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村
- 4 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）第2条第1項に規定する過疎地域

なお、病院におけるサービスについて医師の欠員がある場合で、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合であっても、(1)に掲げる職種に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も配置基準の低い人員配置区分を選択する。（(1)が優先する。）

ウ 介護支援専門員（病院において従事する者に限る。）の欠員…「その他該当する体制等」欄の介護支援専門員を選択する。

- 29 居宅介護支援のうち、「特定事業所加算」の加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲ、「特定事業所医療介護連携加算」及び「ターミナルケアマネジメント加算」については、「特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書（居宅介護支援事業所）」（別紙36）を、「特定事業所加算（A）」については、「特定事業所加算(A)に係る届出書（居宅介護支援事業所）」（別紙36-2）を添付してください。
- 30 「日常生活継続支援加算」については、「日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙37）を添付してください。
- 31 「入居継続支援加算」については、「入居継続支援加算に係る届出書」（別紙32）を添付してください。
- 32 「配置医師緊急時対応加算」については、「配置医師緊急時対応加算に係る届出書」（別紙39）を添付してください。
- 33 「テクノロジーの導入」については、「テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙37-2）、「テクノロジーの導入による入居継続支援加算に関する届出書」（別紙32-2）、「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」（別紙27）のいずれかを添付してください。
- 34 「移行支援加算」については、「訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出」（別紙20）又は「通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出」（別紙24）を添付してください。
- 35 「褥瘡マネジメント加算」については、「褥瘡マネジメントに関する届出書」（別紙41）を添付してください。
- 36 「重度認知症患者療養体制加算」に係る届出については、「重度認知症患者療養体制加算に係る届出」（別紙31）を添付してください。
- 37 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」（別紙35）を添付してください。
- 38 「専門管理加算」については、「専門管理加算に係る届出書」（様式17）を添付してください。
- 39 「遠隔死亡診断補助加算」については、「遠隔死亡診断補助加算に係る届出書」（別紙18）を添付してください。
- 40 「生産性向上推進体制加算」については、「生産性向上推進体制加算に係る届出書」（別紙28）を添付してください。
- 41 「同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上）」については、判定結果がわかる書類（「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）又はこれに準じた計算書等）を添付してください。
- 42 「ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制」については、要件を満たし、かつ居宅介護支援費（Ⅱ）を算定する場合は「2 あり」を選択してください。
- 43 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。
- 注 1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 3 介護医療院に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護医療院の届出と重複するものの届出は不要です。
- 4 短期入所療養介護にあっては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届けてください。

**備考 （別紙1）介護サービス・施設サービス・居宅介護支援 サテライト事業所**

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙 1－2)

## 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

| 提供サービス                      |                     | 施設等の区分                                                                                                        | 人員配置区分 | そ の 他 該 当 す る 体 制 等          |                                                                  |                                                                    |                                                                   | LIFEへの登録                                                         | 割 引                                                            |                                                                |
|-----------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 各サービス共通                     |                     |                                                                                                               |        | 地域区分                         | <input type="checkbox"/> 1 1級地<br><input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 6 2級地<br><input type="checkbox"/> 4 6級地   | <input type="checkbox"/> 7 3級地<br><input type="checkbox"/> 9 7級地  | <input type="checkbox"/> 2 4級地<br><input type="checkbox"/> 5 その他 |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 62 | 介護予防訪問入浴介護          |                                                                                                               |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 3 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 4 基準型   |                                                                   |                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                     |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 認知症専門ケア加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                     | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ                                     | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                    | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ                                   |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                   |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 63 | 介護予防訪問看護            | <input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション<br><input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所                                   |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                     |                                                                   |                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                     |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 緊急時介護予防訪問看護加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                    |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 特別管理体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                  | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                     |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 専門管理加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 看護体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 口腔連携強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ                                     | <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ                                    |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 64 | 介護予防訪問<br>リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院 |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                     |                                                                   |                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 業務継続計画策定の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                     |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 口腔連携強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | サービス提供体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ                                     | <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ                                    |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 介護職員等処遇改善加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 34 | 介護予防<br>居宅療養管理指導    |                                                                                                               |        | 特別地域加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 医療用麻薬持続注射療法加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                     |                                                                                                               |        | 在宅中心静脈栄養法加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |

|                             |                     |                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 66 | 介護予防通所<br>リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院                                          |  | 職員の欠員による減算の状況<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養アセスメント・栄養改善体制<br>口腔機能向上加算<br>一体的サービス提供加算<br>科学的介護推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <div></div>                                                    |
| <input type="checkbox"/> 24 | 介護予防短期入所生活介護        | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型・空床型<br><input type="checkbox"/> 3 単独型ユニット型<br><input type="checkbox"/> 4 併設型・空床型ユニット型 |  | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>共生型サービスの提供<br>（短期入所事業所）<br>生活相談員配置等加算<br>生活機能向上連携加算<br>機能訓練指導体制<br>個別機能訓練体制<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>（単独型）<br>サービス提供体制強化加算<br>（併設型、空床型）<br>併設本体施設における介護職員等処<br>遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |

|                                |                                                                   |                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 25    | 介護予防短期入所療養介護                                                      | <input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（Ⅰ）                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型 | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師<br/><input type="checkbox"/> 6 作業療法士<br/><input type="checkbox"/> 3 看護職員<br/><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br/><input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>室料相当額控除</td> <td><input type="checkbox"/> 1 非該当</td> <td><input type="checkbox"/> 2 該当</td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br/><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br/><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table> | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 室料相当額控除  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当 | 夜勤職員配置加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 若年性認知症利用者受入加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 送迎体制     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 療養食加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 認知症専門ケア加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                | サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                             | 介護職員等処遇改善加算                                                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                    | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員 |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                   | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 室料相当額控除                        | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                    | <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                   | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ   |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 25    | 介護予防短期入所療養介護                                                      | <input type="checkbox"/> 2 ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ）                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 基本型<br><input type="checkbox"/> 2 在宅強化型 | <table border="1"> <tr> <td>夜間勤務条件基準</td> <td><input type="checkbox"/> 1 基準型</td> <td><input type="checkbox"/> 6 減算型</td> </tr> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 5 理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/> 2 医師<br/><input type="checkbox"/> 6 作業療法士<br/><input type="checkbox"/> 3 看護職員<br/><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br/><input type="checkbox"/> 4 介護職員</td> </tr> <tr> <td>ユニットケア体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> </tr> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> 1 減算型</td> <td><input type="checkbox"/> 2 基準型</td> </tr> <tr> <td>夜勤職員配置加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>送迎体制</td> <td><input type="checkbox"/> 1 対応不可</td> <td><input type="checkbox"/> 2 対応可</td> </tr> <tr> <td>口腔連携強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>療養食加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし</td> <td><input type="checkbox"/> 2 あり</td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td><input type="checkbox"/> 1 なし<br/><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ</td> <td><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br/><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br/><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br/><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ</td> </tr> </table>                                                                                                            | 夜間勤務条件基準 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 | <input type="checkbox"/> 6 減算型 | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員 | ユニットケア体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 夜勤職員配置加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 送迎体制            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                | 口腔連携強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし   | <input type="checkbox"/> 2 あり  | 療養食加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                | 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 夜間勤務条件基準                       | <input type="checkbox"/> 1 基準型                                    | <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 職員の欠員による減算の状況                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 5 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 2 医師<br><input type="checkbox"/> 6 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 3 看護職員<br><input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 4 介護職員 |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| ユニットケア体制                       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                   | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 身体拘束廃止取組の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                    | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 夜勤職員配置加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 送迎体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                   | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 療養食加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 生産性向上推進体制加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                     | <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ<br><input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ<br><input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ   |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                |                                |               |                                                                   |                                                                                                                                                                             |          |                                 |                                |             |                                |                                |                |                                |                                |             |                                |                                |          |                                |                               |               |                               |                               |                 |                               |                                                               |                 |                                 |                                                               |          |                                 |                                |          |                               |                               |           |                               |                                                               |             |                               |                                                               |              |                               |                                                                                              |                                |                               |                                                                                              |                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                |  |

|             |              |                                              |                                |                |             |                  |  |          |          |
|-------------|--------------|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------|-------------|------------------|--|----------|----------|
| □ 25        | 介護予防短期入所療養介護 | □ 5 介護老人保健施設（Ⅱ）<br>□ 7 介護老人保健施設（Ⅲ）           | 夜間勤務条件基準                       | □ 1 基準型        | □ 6 減算型     | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |          |          |
|             |              |                                              | 職員の欠員による減算の状況                  | □ 1 なし         | □ 2 医師      |                  |  | □ 3 看護職員 | □ 4 介護職員 |
|             |              |                                              | ユニットケア体制                       | □ 1 対応不可       | □ 2 対応可     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 身体拘束廃止取組の有無                    | □ 1 減算型        | □ 2 基準型     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | □ 1 減算型        | □ 2 基準型     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 業務継続計画策定の有無                    | □ 1 減算型        | □ 2 基準型     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 室料相当額控除                        | □ 1 非該当        | □ 2 該当      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 夜勤職員配置加算                       | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 若年性認知症利用者受入加算                  | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 送迎体制                           | □ 1 対応不可       | □ 2 対応可     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 特別療養費加算項目                      | □ 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | □ 2 薬剤管理指導  |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 療養体制維持特別加算Ⅰ                    | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 療養体制維持特別加算Ⅱ                    | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 口腔連携強化加算                       | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 療養食加算                          | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 認知症専門ケア加算                      | □ 1 なし         | □ 2 加算Ⅰ     |                  |  | □ 3 加算Ⅱ  |          |
|             |              |                                              | リハビリテーション提供体制                  | □ 1 言語聴覚療法     | □ 2 精神科作業療法 |                  |  | □ 3 その他  |          |
|             |              |                                              | 生産性向上推進体制加算                    | □ 1 なし         | □ 2 加算Ⅰ     |                  |  | □ 3 加算Ⅱ  |          |
|             |              |                                              | サービス提供体制強化加算                   | □ 1 なし         | □ 6 加算Ⅰ     |                  |  | □ 5 加算Ⅱ  | □ 7 加算Ⅲ  |
|             |              |                                              | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
| 介護職員等処遇改善加算 | □ 1 なし       | □ 7 加算Ⅰイ                                     | □ S 加算Ⅰロ                       |                |             |                  |  |          |          |
|             | □ 8 加算Ⅱイ     | □ T 加算Ⅱロ                                     | □ 9 加算Ⅲ                        | □ A 加算Ⅳ        |             |                  |  |          |          |
| □ 25        | 介護予防短期入所療養介護 | □ 6 ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ）<br>□ 8 ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準                       | □ 1 基準型        | □ 6 減算型     | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |          |          |
|             |              |                                              | 職員の欠員による減算の状況                  | □ 1 なし         | □ 2 医師      |                  |  | □ 3 看護職員 | □ 4 介護職員 |
|             |              |                                              | ユニットケア体制                       | □ 1 対応不可       | □ 2 対応可     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 身体拘束廃止取組の有無                    | □ 1 減算型        | □ 2 基準型     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | □ 1 減算型        | □ 2 基準型     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 業務継続計画策定の有無                    | □ 1 減算型        | □ 2 基準型     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 夜勤職員配置加算                       | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 若年性認知症利用者受入加算                  | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 送迎体制                           | □ 1 対応不可       | □ 2 対応可     |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 特別療養費加算項目                      | □ 1 重症皮膚潰瘍管理指導 | □ 2 薬剤管理指導  |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 療養体制維持特別加算Ⅰ                    | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 療養体制維持特別加算Ⅱ                    | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 口腔連携強化加算                       | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 療養食加算                          | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 認知症専門ケア加算                      | □ 1 なし         | □ 2 加算Ⅰ     |                  |  | □ 3 加算Ⅱ  |          |
|             |              |                                              | リハビリテーション提供体制                  | □ 1 言語聴覚療法     | □ 2 精神科作業療法 |                  |  | □ 3 その他  |          |
|             |              |                                              | 生産性向上推進体制加算                    | □ 1 なし         | □ 2 加算Ⅰ     |                  |  | □ 3 加算Ⅱ  |          |
|             |              |                                              | サービス提供体制強化加算                   | □ 1 なし         | □ 6 加算Ⅰ     |                  |  | □ 5 加算Ⅱ  | □ 7 加算Ⅲ  |
|             |              |                                              | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況 | □ 1 なし         | □ 2 あり      |                  |  |          |          |
|             |              |                                              | 介護職員等処遇改善加算                    | □ 1 なし         | □ 7 加算Ⅰイ    |                  |  | □ S 加算Ⅰロ |          |
|             | □ 8 加算Ⅱイ     | □ T 加算Ⅱロ                                     | □ 9 加算Ⅲ                        | □ A 加算Ⅳ        |             |                  |  |          |          |

|      |              |                      |                                 |                                                               |                                                           |                  |  |
|------|--------------|----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|--|
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | □ 9 介護老人保健施設（Ⅳ）      | 夜間勤務条件基準                        | □ 1 基準型                                                       | □ 6 減算型                                                   | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |              |                      | 職員の欠員による減算の状況                   | □ 1 なし                                                        | □ 2 医師 □ 3 看護職員 □ 4 介護職員<br>□ 5 理学療法士 □ 6 作業療法士 □ 7 言語聴覚士 |                  |  |
|      |              |                      | ユニットケア体制                        | □ 1 対応不可                                                      | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 身体拘束廃止取組の有無                     | □ 1 減算型                                                       | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | □ 1 減算型                                                       | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 業務継続計画策定の有無                     | □ 1 減算型                                                       | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 室料相当額控除                         | □ 1 非該当                                                       | □ 2 該当                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 夜勤職員配置加算                        | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 若年性認知症利用者受入加算                   | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 送迎体制                            | □ 1 対応不可                                                      | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 口腔連携強化加算                        | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 療養食加算                           | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 認知症専門ケア加算                       | □ 1 なし                                                        | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | 生産性向上推進体制加算                     | □ 1 なし                                                        | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | サービス提供体制強化加算                    | □ 1 なし                                                        | □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                   |                  |  |
|      |              |                      | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 介護職員等処遇改善加算                     | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                                                           |                  |  |
| □ 25 | 介護予防短期入所療養介護 | □ A ユニット型介護老人保健施設（Ⅳ） | 夜間勤務条件基準                        | □ 1 基準型                                                       | □ 6 減算型                                                   | □ 1 なし<br>□ 2 あり |  |
|      |              |                      | 職員の欠員による減算の状況                   | □ 1 なし                                                        | □ 2 医師 □ 3 看護職員 □ 4 介護職員<br>□ 5 理学療法士 □ 6 作業療法士 □ 7 言語聴覚士 |                  |  |
|      |              |                      | ユニットケア体制                        | □ 1 対応不可                                                      | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 身体拘束廃止取組の有無                     | □ 1 減算型                                                       | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | □ 1 減算型                                                       | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 業務継続計画策定の有無                     | □ 1 減算型                                                       | □ 2 基準型                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 夜勤職員配置加算                        | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 若年性認知症利用者受入加算                   | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 送迎体制                            | □ 1 対応不可                                                      | □ 2 対応可                                                   |                  |  |
|      |              |                      | 口腔連携強化加算                        | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 療養食加算                           | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 認知症専門ケア加算                       | □ 1 なし                                                        | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | 生産性向上推進体制加算                     | □ 1 なし                                                        | □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                           |                  |  |
|      |              |                      | サービス提供体制強化加算                    | □ 1 なし                                                        | □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                   |                  |  |
|      |              |                      | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | □ 1 なし                                                        | □ 2 あり                                                    |                  |  |
|      |              |                      | 介護職員等処遇改善加算                     | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                                                           |                  |  |

|                             |              |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 26 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 1 病院療養型      | <input type="checkbox"/> 2 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 5 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 6 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 7 II型（療養機能強化型）<br><input type="checkbox"/> 4 III型 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算             | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 26 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 6 ユニット型病院療養型 | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B                                                                                                                                        | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                             |              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |  |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 26 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> A 病院経過型<br><input type="checkbox"/> C ユニット型病院経過型 | <input type="checkbox"/> 2 I型<br><input type="checkbox"/> 3 II型                                                                                                  | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準<br>医師の配置基準<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 26 | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 2 診療所型                                           | <input type="checkbox"/> 1 I型（療養機能強化型以外）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（療養機能強化型A）<br><input type="checkbox"/> 4 I型（療養機能強化型B）<br><input type="checkbox"/> 2 II型 | 身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>設備基準<br>食堂の有無<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特定診療費項目<br>生産性向上推進体制加算<br>リハビリテーション提供体制<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算                                              | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 26                            | 介護予防短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                   | □ 7 ユニット型診療所型 | <input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外<br><input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A<br><input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B | 身体拘束廃止取組の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 業務継続計画策定の有無    | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | ユニットケア体制       | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                          |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 設備基準           | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 食堂の有無          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                           |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 若年性認知症利用者受入加算  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 送迎体制           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                          |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 口腔連携強化加算       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 療養食加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 認知症専門ケア加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 特定診療費項目        | <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法                                                     |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | 生産性向上推進体制加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                             |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | リハビリテーション提供体制  | <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他 |                                                                |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                    | サービス提供体制強化加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                              |                                                                |  |
| 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |                                                                |  |
| 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |               |                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                         |                                                                |  |

|      |              |              |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |  |
|------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 1 I型介護医療院  | <input type="checkbox"/> 1 I型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 I型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 I型（Ⅲ）    | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算            | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 2 II型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 II型（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 II型（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 II型（Ⅲ） | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|      |              |             |         |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|------|--------------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 3 特別介護医療院 | □ 1 I型  | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算            | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ<br><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅡ <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅡ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 3 特別介護医療院 | □ 2 II型 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準（廊下）<br>療養環境基準（療養室）<br>室料相当額控除<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算ⅠⅡ <input type="checkbox"/> S 加算ⅠⅡ<br><input type="checkbox"/> 8 加算ⅡⅡ <input type="checkbox"/> T 加算ⅡⅡ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|                             |              |                                         |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |  |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 2B | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 4 ユニット型Ⅰ型介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型(Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2 Ⅰ型(Ⅱ) | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準(廊下)<br>療養環境基準(療養室)<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
| <input type="checkbox"/> 2B | 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 5 ユニット型Ⅱ型介護医療院 |                                                                      | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>療養環境基準(廊下)<br>療養環境基準(療養室)<br>若年性認知症利用者受入加算<br>送迎体制<br>口腔連携強化加算<br>療養食加算<br>認知症専門ケア加算<br>特別診療費項目<br>リハビリテーション提供体制<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>併設本施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰ又はⅡの届出状況<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法<br><input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法<br><input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |

|      |              |                  |                                                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |  |
|------|--------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| □ 2B | 介護予防短期入所療養介護 | □ 6 ユニット型特別介護医療院 | <input type="checkbox"/> 1 I型<br><input type="checkbox"/> 2 II型 | 夜間勤務条件基準                        | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型                               | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |  |
|      |              |                  |                                                                 | 職員の欠員による減算の状況                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 4 看護職員 <input type="checkbox"/> 5 介護職員                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | ユニットケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 身体拘束廃止取組の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 高齢者虐待防止措置実施の有無                  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 業務継続計画策定の有無                     | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 療養環境基準（廊下）                      | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 療養環境基準（療養室）                     | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 若年性認知症利用者受入加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 送迎体制                            | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 口腔連携強化加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 療養食加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 認知症専門ケア加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 生産性向上推進体制加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | サービス提供体制強化加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰイ又はロの届出状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |  |
|      |              |                  |                                                                 | 介護職員等処遇改善加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |  |

|                             |                 |                                                                                                                |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 35 | 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 1 有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 2 軽費老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 3 養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> 1 一般型<br><input type="checkbox"/> 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br>身体拘束廃止取組の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>生活機能向上連携加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br>個別機能訓練加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>若年性認知症入居者受入加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>科学的介護推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>認知症専門ケア加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>生産性向上推進体制加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br>サービス提供体制強化加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| <input type="checkbox"/> 67 | 介護予防福祉用具貸与      |                                                                                                                |                                                                        | 業務継続計画策定の有無<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br>特別地域加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br>中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 46 | 介護予防支援          | <input type="checkbox"/> 1 地域包括支援センター                                                                          |                                                                        | 介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 46 | 介護予防支援          | <input type="checkbox"/> 2 居宅介護支援事業者                                                                           |                                                                        | 特別地域加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br>中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br>介護職員等処遇改善加算<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                                                |

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス                      |                     | 施設等の区分                                                                                                        |                              | 人員配置区分 |  | そ の 他 該 当 す る 体 制 等            |                                |                                |                                |                                |  |  |  |
|-----------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--|
| 各サービス共通                     |                     |                                                                                                               |                              |        |  | 地域区分                           | <input type="checkbox"/> 1 1級地 | <input type="checkbox"/> 6 2級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地 |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               |                              |        |  |                                | <input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 5 その他 |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 63 | 介護予防訪問看護            | <input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション<br><input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所                                   | 業務継続計画策定の有無                  |        |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |                                |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               | 特別地域加算                       |        |  | <input type="checkbox"/> 1 なし  |                                | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） |        |  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当  |                                |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） |        |  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当  |                                |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               |                              |        |  |                                |                                |                                |                                |                                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 64 | 介護予防訪問<br>リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所<br><input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 介護医療院 | 業務継続計画策定の有無                  |        |  | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型 |                                |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               | 特別地域加算                       |        |  | <input type="checkbox"/> 1 なし  |                                | <input type="checkbox"/> 2 あり  |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） |        |  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当  |                                |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） |        |  | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当  |                                |                                |                                |  |  |  |
|                             |                     |                                                                                                               |                              |        |  |                                |                                |                                |                                |                                |  |  |  |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

備考 （別紙１－２）介護予防サービス

備考 １ 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、LIFE（科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号の横の口を■にしてください。

２ 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。

３ 介護老人保健施設における「施設等の区分」及び「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」に係る届出については、「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」（令和6年9月サービス提供分までは別紙29、令和6年10月サービス提供分以降は別紙29－2）又は「介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出」（別紙29－3）を添付してください。

４ 病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）における「施設等の区分」に係る届出については、「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出」（別紙29－4）を添付してください。

５ 介護医療院における「施設等の区分」に係る届出については、「Ⅰ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙30）又は「Ⅱ型介護医療院の基本施設サービス費に係る届出」（別紙30－2）を添付してください。

６ 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。

７ 「割引」を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5）を添付してください。

８ 「認知症専門ケア加算」については、「認知症専門ケア加算に係る届出書（訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護）」（別紙12）又は「認知症専門ケア加算に係る届出書（（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）」（別紙12－2）」を添付してください。

９ 「緊急時介護予防訪問看護加算」「特別管理体制」については、「緊急時（介護予防）訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙16）を添付してください。

10 「看護体制強化加算」については、「看護体制強化加算に係る届出書」（別紙19）を添付してください。

11 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。  
（例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、

「医師の配置」…医師、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等

12 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。

13 「生活相談員配置等加算」については、「生活相談員配置等加算に係る届出書」（別紙21）を添付してください。

14 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙14）～（別紙14－6）までのいずれかを添付してください。

15 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付してください。

16 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。

- （１） 看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。  
（２） ア 医師（病院において従事する者を除く。）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護・介護従事者の欠員…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種のみ選択する。  
（人員配置区分欄の変更は行わない。）

イ 医師の欠員（病院において従事する者に限る。）…指定基準の60％を満たさない場合について記載し、人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の医師を選択する。  
ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）

＜厚生労働大臣が定める地域＞

厚生労働大臣が定める地域は、人口5万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村
- 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）第2条第1項に規定する過疎地域

なお、病院におけるサービスについて医師の欠員がある場合で、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合であっても、（１）に掲げる職種に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も配置基準の低い人員配置区分を選択する。（（１）が優先する。）

17 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」（別紙35）を添付してください。

18 「生産性向上推進体制加算」については、「生産性向上推進体制加算に係る届出書」（別紙28）を添付してください。

19 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。

- 注 1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、介護予防短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、介護予防短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 3 介護医療院に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護医療院の届出と重複するものの届出は不要です。
- 4 介護予防短期入所療養介護にあつては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届け出てください。
- 5 一体的に運営がされている介護サービスに係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

**備考 (別紙1ー2) 介護予防サービス サテライト事業所**

- 備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙 1 - 3)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス）

[illegible]

| 提供サービス      |                               | 施設等の区分                          | 人員配置区分                          | そ の 他 該 当 す る 体 制 等            |                                                                  |                                                                  |                                                                  | LIFEへの登録                                                         | 割 引                                                            |                                                                |                                |
|-------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 各サービス共通     |                               |                                 |                                 | 地域区分                           | <input type="checkbox"/> 1 1級地<br><input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 6 2級地<br><input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地<br><input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地<br><input type="checkbox"/> 5 その他 |                                                                |                                                                |                                |
| □ 76        | 定期巡回・随時対応型<br>訪問介護看護          | □ 1 一体型<br>□ 2 連携型              |                                 | 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地<br><input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地<br><input type="checkbox"/> 5 その他 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                   |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 特別地域加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）   | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）   | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 緊急時訪問看護加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ                                   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 特別管理体制                         | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                  | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                   |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | ターミナルケア体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 総合マネジメント体制強化加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ                                   | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 口腔連携強化加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ                                   | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ                                   | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                   |                                                                |                                                                |                                |
| 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                   |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
| □ 71        | 夜間対応型訪問介護                     | □ 1 Ⅰ型<br>□ 2 Ⅱ型                |                                 | 高齢者虐待防止措置実施の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型<br><input type="checkbox"/> 3 5級地 | <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 4 6級地 | <input type="checkbox"/> 7 3級地<br><input type="checkbox"/> 9 7級地 | <input type="checkbox"/> 2 4級地<br><input type="checkbox"/> 5 その他 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 業務継続計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> 1 減算型                                   | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                   |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 24時間通報対応加算                     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可                                  | <input type="checkbox"/> 2 対応可                                   |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 特別地域加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 あり                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）   | <input type="checkbox"/> 1 非該当                                   | <input type="checkbox"/> 2 該当                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 認知症専門ケア加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ                                   | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                   |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | サービス提供体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（Ⅰの場合）                             | <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ（Ⅰ場合）                              |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 |                                | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（Ⅰの場合）                             | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰ（ロの場合）                             |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 |                                | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（ロの場合）                             | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ（ロの場合）                             |                                                                  |                                                                  |                                                                |                                                                |                                |
|             |                               |                                 |                                 | 介護職員等処遇改善加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし                                    | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ                                  | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅰロ                                  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ                                   |                                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |
|             |                               |                                 |                                 |                                | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ                                  | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ                                  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ                                   | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                   |                                                                |                                                                |                                |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 78            | 地域密着型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 地域密着型通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 療養通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 療養通所介護事業所（短期利用型） | <table border="1"> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 看護職員    <input type="checkbox"/> 3 介護職員         </td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>時間延長サービス体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（生活介護事業所）</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（自立訓練事業所）</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>生活相談員配置等加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>入浴介助加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>中重度者ケア体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>重度者ケア体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ         </td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算〔申出〕の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>認知症加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>栄養アセスメント・栄養改善体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>口腔機能向上加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合）    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合）<br/> <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合）    <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合）    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合）<br/> <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合）    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合）         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br/> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table> | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 時間延長サービス体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 共生型サービスの提供（生活介護事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 共生型サービスの提供（自立訓練事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 共生型サービスの提供（児童発達支援事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 生活相談員配置等加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 入浴介助加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 中重度者ケア体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 重度者ケア体制加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 生活機能向上連携加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                 | 個別機能訓練加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ                                 | ADL維持等加算〔申出〕の有無                                                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり    | 認知症加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 栄養アセスメント・栄養改善体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 口腔機能向上加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合）<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合） <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合） <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合）<br><input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合） <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合） | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| 職員の欠員による減算の状況                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 時間延長サービス体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（生活介護事業所）                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（自立訓練事業所）                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 生活相談員配置等加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 入浴介助加算                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 中重度者ケア体制加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 重度者ケア体制加算                              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 生活機能向上連携加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 個別機能訓練加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 認知症加算                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 口腔機能向上加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 科学的介護推進体制加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合）<br><input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合） <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合） <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合）<br><input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合） <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合） |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 72            | 認知症対応型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 単独型<br><input type="checkbox"/> 2 併設型<br><input type="checkbox"/> 3 共用型                             | <table border="1"> <tr> <td>職員の欠員による減算の状況</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 看護職員    <input type="checkbox"/> 3 介護職員         </td> </tr> <tr> <td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>業務継続計画策定の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 減算型      <input type="checkbox"/> 2 基準型         </td> </tr> <tr> <td>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし      <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>時間延長サービス体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 対応不可    <input type="checkbox"/> 2 対応可         </td> </tr> <tr> <td>入浴介助加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ         </td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算〔申出〕の有無</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>若年性認知症利用者受入加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>栄養アセスメント・栄養改善体制</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>口腔機能向上加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 2 あり         </td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ    <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ    <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br/> <input type="checkbox"/> 1 なし    <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ    <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ         </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ    <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ    <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ    <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 職員の欠員による減算の状況 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 | 高齢者虐待防止措置実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 業務継続計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 時間延長サービス体制 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 | 入浴介助加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ | 生活機能向上連携加算          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ | 個別機能訓練加算              | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | ADL維持等加算〔申出〕の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 栄養アセスメント・栄養改善体制 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                 | 口腔機能向上加算   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ | 介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 職員の欠員による減算の状況                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                         | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 業務継続計画策定の有無                            | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 時間延長サービス体制                             | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 入浴介助加算                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 生活機能向上連携加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 個別機能訓練加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 若年性認知症利用者受入加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 口腔機能向上加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 科学的介護推進体制加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
| 介護職員等処遇改善加算                            | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                               |                |                                                               |             |                                                               |                                        |                                                             |            |                                                                |                     |                                                                                             |                     |                                                                                             |                       |                                                             |                           |                                                             |               |                                                             |                 |                                                                                             |            |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                               |                                                                |                                                                |       |                                                             |               |                                                             |                 |                                                             |          |                                                             |             |                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |

|      |                    |                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                |
|------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 73 | 小規模多機能型居宅介護        | <input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所                                                  |  | 職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>特別地域加算<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br>認知症加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>看護職員配置加算<br>看取り連携体制加算<br>訪問体制強化加算<br>総合マネジメント体制強化加算<br>科学的介護推進体制加算<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| □ 68 | 小規模多機能型居宅介護（短期利用型） | <input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所                                                  |  | 職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
| □ 32 | 認知症対応型共同生活介護       | <input type="checkbox"/> 1 I型<br><input type="checkbox"/> 2 II型<br><input type="checkbox"/> 3 サテライト型Ⅰ型<br><input type="checkbox"/> 4 サテライト型Ⅱ型 |  | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>身体拘束廃止取組の有無<br>高齢者虐待防止措置実施の有無<br>業務継続計画策定の有無<br>3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合<br>夜間支援体制加算<br>若年性認知症利用者受入加算<br>利用者の入院期間中の体制<br>看取り介護加算<br>医療連携体制加算Ⅰ<br>医療連携体制加算Ⅱ<br>認知症専門ケア加算<br>認知症チームケア推進加算<br>科学的介護推進体制加算<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ<br>高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ<br>生産性向上推進体制加算<br>サービス提供体制強化加算<br>介護職員等処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 介護従業者<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰハ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |

|      |                                 |                                                                                                          |  |                              |                                                               |                  |                  |
|------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| □ 38 | 認知症対応型<br>共同生活介護<br>(短期利用型)     | □ 1 I型<br>□ 2 II型<br>□ 3 サテライト型Ⅰ型<br>□ 4 サテライト型Ⅱ型                                                        |  | 夜間勤務条件基準                     | □ 1 基準型 □ 6 減算型                                               | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 職員の欠員による減算の状況                | □ 1 なし □ 2 介護従業者                                              |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 身体拘束廃止取組の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 業務継続計画策定の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 3ユニットの事業所が夜勤職員を<br>2人以上とする場合 | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 夜間支援体制加算                     | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 若年性認知症利用者受入加算                | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 医療連携体制加算Ⅰ                    | □ 1 なし □ 4 加算Ⅰイ □ 3 加算Ⅰロ □ 2 加算Ⅰハ                             |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 医療連携体制加算Ⅱ                    | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 生産性向上推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | サービス提供体制強化加算                 | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 介護職員等処遇改善加算                  | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
| □ 36 | 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護            | □ 1 有料老人ホーム<br>□ 2 軽費老人ホーム<br>□ 3 養護老人ホーム<br>□ 5 サテライト型有料老人ホーム<br>□ 6 サテライト型軽費老人ホーム<br>□ 7 サテライト型養護老人ホーム |  | 職員の欠員による減算の状況                | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員                                      | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 身体拘束廃止取組の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 業務継続計画策定の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 入居継続支援加算                     | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | テクノロジーの導入<br>(入居継続支援加算関係)    | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 生活機能向上連携加算                   | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 個別機能訓練加算                     | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | ADL維持等加算〔申出〕の有無              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 夜間看護体制加算                     | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 若年性認知症入居者受入加算                | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 看取り介護加算                      | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 認知症専門ケア加算                    | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 科学的介護推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
| □ 28 | 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護<br>(短期利用型) | □ 1 有料老人ホーム<br>□ 2 軽費老人ホーム<br>□ 5 サテライト型有料老人ホーム<br>□ 6 サテライト型軽費老人ホーム                                     |  | 生産性向上推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                 |                                                                                                          |  | サービス提供体制強化加算                 | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 介護職員等処遇改善加算                  | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 職員の欠員による減算の状況                | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員                                      |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 身体拘束廃止取組の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無               | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 業務継続計画策定の有無                  | □ 1 減算型 □ 2 基準型                                               |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 夜間看護体制加算                     | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 若年性認知症入居者受入加算                | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ              | □ 1 なし □ 2 あり                                                 |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 生産性向上推進体制加算                  | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ                                        |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | サービス提供体制強化加算                 | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ                                |                  |                  |
|      |                                 |                                                                                                          |  | 介護職員等処遇改善加算                  | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ<br>□ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| □ 54            | 地域密着型<br>介護老人福祉施設<br>入所者生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 4 サテライト型ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 1 経過施設以外<br><input type="checkbox"/> 2 経過施設 | 夜間勤務条件基準                    | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員<br><input type="checkbox"/> 4 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 職員の欠員による減算の状況               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | ユニットケア体制                    | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可<br><input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                      |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 身体拘束廃止取組の有無                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 安全管理体制                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 高齢者虐待防止措置実施の有無              | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 業務継続計画策定の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                        |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 栄養ケア・マネジメントの実施の有無           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 日常生活継続支援加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | テクノロジーの導入<br>（日常生活継続支援加算関係） | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 看護体制加算Ⅰ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 看護体制加算Ⅱ                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 夜勤職員配置加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | テクノロジーの導入<br>（夜勤職員配置加算関係）   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 準ユニットケア体制                   | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 生活機能向上連携加算                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 個別機能訓練加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅲ                                                                           |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | ADL維持等加算〔申出〕の有無             | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 若年性認知症入所者受入加算               | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 常勤専従医師配置                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 精神科医師定期的療養指導                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 障害者生活支援体制                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 栄養マネジメント強化体制                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 療養食加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 配置医師緊急時対応加算                 | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 看取り介護体制                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 在宅・入所相互利用体制                 | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                       |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 小規模拠点集集体制                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 認知症専門ケア加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 認知症チームケア推進加算                | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                          |                                                                |                                                                |
| 褥瘡マネジメント加算      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 排せつ支援加算         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 自立支援促進加算        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 科学的介護推進体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 安全対策体制          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| 生産性向上推進体制加算     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |
| サービス提供体制強化加算    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ<br><input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                |

|      |                                      |                                                        |  |                                                |                                   |                  |                  |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|
| □ 77 | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護)       | □ 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況                                  | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員          | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                      |                                                        |  | 身体拘束廃止取組の有無                                    | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                 | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 業務継続計画策定の有無                                    | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 訪問看護体制減算                                       | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | サテライト体制                                        | □ 1 基準型 □ 2 減算型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 特別地域加算                                         | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況）               | □ 1 非該当 □ 2 該当                    |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 認知症加算                                          | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 若年性認知症利用者受入加算                                  | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                                | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 口腔機能向上加算                                       | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 緊急時対応加算                                        | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 特別管理体制                                         | □ 1 対応不可 □ 2 対応可                  |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 専門管理加算                                         | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | ターミナルケア体制                                      | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 遠隔死亡診断補助加算                                     | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 看護体制強化加算                                       | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 訪問体制強化加算                                       | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 総合マネジメント体制強化加算                                 | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 褥瘡マネジメント加算                                     | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 排せつ支援加算                                        | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 科学的介護推進体制加算                                    | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 生産性向上推進体制加算                                    | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | サービス提供体制強化加算                                   | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ    |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 介護職員等処遇改善加算                                    | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ          |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  |                                                | □ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
| □ 79 | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護・短期利用型) | □ 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況                                  | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員          | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                      |                                                        |  | 身体拘束廃止取組の有無                                    | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                 | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 業務継続計画策定の有無                                    | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況）               | □ 1 非該当 □ 2 該当                    |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 生産性向上推進体制加算                                    | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | サービス提供体制強化加算                                   | □ 1 なし □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ    |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 介護職員等処遇改善加算                                    | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ          |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  |                                                | □ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |
| □ 74 | 介護予防認知症対応型<br>通所介護                   | □ 1 単独型<br>□ 2 併設型<br>□ 3 共用型                          |  | 職員の欠員による減算の状況                                  | □ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員          | □ 1 なし<br>□ 2 あり | □ 1 なし<br>□ 2 あり |
|      |                                      |                                                        |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                                 | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 業務継続計画策定の有無                                    | □ 1 減算型 □ 2 基準型                   |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 感染症又は災害の発生を理由とする<br>利用者数の減少が一定以上生じてい<br>る場合の対応 | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 時間延長サービス体制                                     | □ 1 対応不可 □ 2 対応可                  |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 入浴介助加算                                         | □ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 生活機能向上連携加算                                     | □ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ            |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 個別機能訓練加算                                       | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 若年性認知症利用者受入加算                                  | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                                | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 口腔機能向上加算                                       | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 科学的介護推進体制加算                                    | □ 1 なし □ 2 あり                     |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | サービス提供体制強化加算                                   | □ 1 なし □ 5 加算Ⅰ □ 4 加算Ⅱ □ 6 加算Ⅲ    |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  | 介護職員等処遇改善加算                                    | □ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ          |                  |                  |
|      |                                      |                                                        |  |                                                | □ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ |                  |                  |

|                             |                                |                                                                                                                                                      |  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 75 | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護            | <input type="checkbox"/> 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型介護予防小規模多機能型<br>居宅介護事業所                                             |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 特別地域加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 総合マネジメント体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 科学的介護推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 生産性向上推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | サービス提供体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 69 | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護<br>（短期利用型） | <input type="checkbox"/> 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型介護予防小規模多機能型<br>居宅介護事業所                                             |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 生産性向上推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | サービス提供体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 夜間勤務条件基準                         | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 介護従業者                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 3ユニットの事業所が夜勤職員を<br>2人以上とする場合     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 夜間支援体制加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 37 | 介護予防認知症対応型<br>共同生活介護           | <input type="checkbox"/> 1 I 型<br><input type="checkbox"/> 2 II 型<br><input type="checkbox"/> 3 サテライト型 I 型<br><input type="checkbox"/> 4 サテライト型 II 型 |  | 利用者の入院期間中の体制                     | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 認知症専門ケア加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 認知症チームケア推進加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 科学的介護推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 生産性向上推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | サービス提供体制強化加算                     | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 介護職員等処遇改善加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ<br><input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 夜間勤務条件基準                         | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 6 減算型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 介護従業者                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
|                             |                                |                                                                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |



|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| □ 78            | 地域密着型通所介護                        | □ 1 地域密着型通所介護事業所                                   |  | 職員の欠員による減算の状況                 | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                | □ 1 減算型      □ 2 基準型                          |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 業務継続計画策定の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型                          |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 時間延長サービス体制                    | □ 1 対応不可      □ 2 対応可                         |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(生活介護事業所)       | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(自立訓練事業所)       | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(児童発達支援事業所)     | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 共生型サービスの提供<br>(放課後等デイサービス事業所) | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 生活相談員配置等加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 入浴介助加算                        | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ              |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 中重度者ケア体制加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 生活機能向上連携加算                    | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ              |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 個別機能訓練加算                      | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰイ      □ 3 加算Ⅰロ            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | ADL維持等加算〔申出〕の有無               | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 認知症加算                         | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 若年性認知症利用者受入加算                 | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制               | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 口腔機能向上加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 科学的介護推進体制加算                   | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | □ 72                          | 認知症対応型通所介護                                    | □ 1 単独型<br>□ 2 併設型<br>□ 3 共用型 |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無  | □ 1 減算型      □ 2 基準型             |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 業務継続計画策定の有無     | □ 1 減算型      □ 2 基準型             |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 時間延長サービス体制      | □ 1 対応不可      □ 2 対応可            |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 入浴介助加算          | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 生活機能向上連携加算      | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 個別機能訓練加算        | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無 | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 若年性認知症利用者受入加算   | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制 | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 口腔機能向上加算        | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| 科学的介護推進体制加算     | □ 1 なし      □ 2 あり               |                                                    |  |                               |                                               |                               |  |                                  |                                    |
| □ 73            | 小規模多機能型居宅介護                      | □ 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  |                               |                                               |                               |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 特別地域加算                           | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 認知症加算                            | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ   |
|                 |                                  |                                                    |  |                               |                                               |                               |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                 |                                  |                                                    |  | 看護職員配置加算                      | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ      □ 4 加算Ⅲ |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 看取り連携体制加算                     | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 訪問体制強化加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 総合マネジメント体制強化加算                | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ              |                               |  |                                  |                                    |
|                 |                                  |                                                    |  | 科学的介護推進体制加算                   | □ 1 なし      □ 2 あり                            |                               |  |                                  |                                    |

|                             |                                |                                                                                                      |  |                                  |                                                                                               |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 68 | 小規模多機能型居宅介護<br>(短期利用型)         | <input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型小規模多機能型<br>居宅介護事業所     |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                  |
| <input type="checkbox"/> 77 | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護) | <input type="checkbox"/> 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 職員の欠員による減算の状況                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 業務継続計画策定の有無                      | <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 訪問看護体制減算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | サテライト体制                          | <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型                                 |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 特別地域加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当                                  |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 認知症加算                            | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                  | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 緊急時対応加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 特別管理体制                           | <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可                                |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 専門管理加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | ターミナルケア体制                        | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 遠隔死亡診断補助加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 看護体制強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 訪問体制強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 総合マネジメント体制強化加算                   | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 褥瘡マネジメント加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 排せつ支援加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|                             |                                |                                                                                                      |  | 科学的介護推進体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |

|                                  |                                      |                                                            |  |                                  |                                    |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| □ 79                             | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護・短期利用型) | □ 1 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型看護小規模多機能型<br>居宅介護事業所     |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                |
| □ 74                             | 介護予防認知症対応型<br>通所介護                   | □ 1 単独型<br>□ 2 併設型<br>□ 3 共用型                              |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 時間延長サービス体制                       | □ 1 対応不可      □ 2 対応可              |
|                                  |                                      |                                                            |  | 入浴介助加算                           | □ 1 なし      □ 2 加算Ⅰ      □ 3 加算Ⅱ   |
|                                  |                                      |                                                            |  | 生活機能向上連携加算                       | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ   |
|                                  |                                      |                                                            |  | 個別機能訓練加算                         | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                  | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 口腔機能向上加算                         | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 科学的介護推進体制加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | □ 75                             | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護                |
| 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型                 |                                                            |  |                                  |                                    |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型                 |                                                            |  |                                  |                                    |
| 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型                 |                                                            |  |                                  |                                    |
| 特別地域加算                           | □ 1 なし      □ 2 あり                   |                                                            |  |                                  |                                    |
| 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                  |                                                            |  |                                  |                                    |
| 若年性認知症利用者受入加算                    | □ 1 なし      □ 2 あり                   |                                                            |  |                                  |                                    |
| 総合マネジメント体制強化加算                   | □ 1 なし      □ 3 加算Ⅰ      □ 2 加算Ⅱ     |                                                            |  |                                  |                                    |
| □ 69                             | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護<br>(短期利用型)       | □ 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>□ 2 サテライト型介護予防小規模多機能型<br>居宅介護事業所 |  | 科学的介護推進体制加算                      | □ 1 なし      □ 2 あり                 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 職員の欠員による減算の状況                    | □ 1 なし      □ 2 看護職員      □ 3 介護職員 |
|                                  |                                      |                                                            |  | 身体拘束廃止取組の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                   | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 業務継続計画策定の有無                      | □ 1 減算型      □ 2 基準型               |
|                                  |                                      |                                                            |  | 中山間地域等における小規模事業所<br>加算（地域に関する状況） | □ 1 非該当      □ 2 該当                |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

**備考 （別紙１－３）地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス**

- 備考 １ 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、LIFE（科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号の横の口を■にしてください。
- ２ 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙６）を添付してください。
- ３ 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙７）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- ４ 「割引」を「あり」と記載する場合は「地域密着型サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙５－２）を添付してください。
- ５ 「訪問看護体制減算」、「看護体制強化加算」及び「サテライト体制未整備減算」については、「看護体制及びサテライト体制に係る届出書」（別紙４９）を添付してください。
- ６ 「緊急時訪問看護加算」「緊急時対応加算」「特別管理体制」「ターミナルケア体制」については、「緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙１６）を添付してください。
- ７ 「総合マネジメント体制強化加算」については、「総合マネジメント体制強化加算に係る届出書」（別紙４２）を添付してください。
- ８ 「認知症専門ケア加算」については、「認知症専門ケア加算に係る届出書（訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護）」（別紙１２）又は「認知症専門ケア加算に係る届出書（（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）」（別紙１２-２）」を添付してください。
- また、「認知症チームケア推進加算」については、「認知症チームケア推進加算に係る届出書」（別紙４０）を添付してください。
- ９ 「２４時間通報対応加算」については、「２４時間通報対応加算に係る届出書」（別紙４３）を添付してください。
- １０ 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
- （例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- １１ 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- １２ 「生活相談員配置等加算」については、「生活相談員配置等加算に係る届出書」（別紙２１）を添付してください。
- １３ 「入浴介助加算」については、「浴室の平面図等」及び入浴介助加算（Ⅰ）の要件である研修を実施または、実施することが分かる資料等を添付してください。
- １４ 「中重度者ケア体制加算」については、「中重度者ケア体制加算に係る届出書」（別紙２２）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙２２-２）を添付してください。
- １５ 地域密着型通所介護の「認知症加算」については、「認知症加算に係る届出書」（別紙２３）及び「利用者の割合に関する計算書」（別紙２３-２）を、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の「認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）」については、「認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）」に係る届出書」（別紙４４）を添付してください。
- １６ 「栄養ケア・マネジメントの実施の有無」及び「栄養マネジメント強化体制」については、「栄養マネジメント体制に関する届出書」（別紙３８）を添付してください。
- １７ 「夜間看護体制加算」については、「夜間看護体制加算に係る届出書」（別紙３３）を添付してください。
- １８ 「看護体制加算」については、「看護体制加算に係る届出書」（別紙２５-２）を、「看取り介護体制」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙３４）を、地域密着型特定施設入居者生活介護の「看取り介護加算」については、「看取り介護体制に係る届出書」（別紙３４-２）を添付してください。
- １９ 「看取り連携体制加算」については、「看取り連携体制加算に係る届出書」（別紙１３）を、「看取り介護加算」については、「看取り介護加算に係る届出書」（別紙４７）を添付してください。
- ２０ 「訪問体制強化加算」については、「訪問体制強化加算に係る届出書」（別紙４５）を添付してください。
- ２１ 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙１４）～（別紙１４-６）までのいずれかを添付してください。
- ２２ 「夜間支援体制加算」については、「夜間支援体制加算に係る届出書」（別紙４６）を添付してください。
- ２３ 「医療連携体制加算（Ⅰ）」については、「医療連携体制加算（Ⅰ）」に係る届出書」（別紙４８）を、「医療連携体制加算Ⅱ」については、「医療連携体制加算（Ⅱ）」に係る届出書」（別紙４８-２）を添付してください。
- ２４ 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。
- 看護職員、介護職員、介護従業者、介護支援専門員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。
- ２５ 「日常生活継続支援加算」については、「日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙３７）を添付してください。
- ２６ 「入居継続支援加算」については、「入居継続支援加算に係る届出書」（別紙３２）を添付してください。
- ２７ 「配置医師緊急時対応加算」については、「配置医師緊急時対応加算に係る届出書」（別紙３９）を添付してください。
- ２８ 「テクノロジーの導入」については、「テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書」（別紙３７-２）、「テクノロジーの導入による入居継続支援加算に関する届出書」（別紙３２-２）、「テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書」（別紙２７）のいずれかを添付してください。
- ２９ 「褥瘡マネジメント加算」については、「褥瘡マネジメントに関する届出書」（別紙４１）を添付してください。
- ３０ 「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ」「高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ」については、「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」（別紙３５）を添付してください。
- ３１ 「生産性向上推進体制加算」については、「生産性向上推進体制加算に係る届出書」（別紙２８）を添付してください。
- ３２ 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙１１）を添付してください。
- 注 地域密着型介護予防サービスについて、一体的に運営がされている地域密着型サービスに係る届出の別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要とすること。

**備考 （別紙１－３）地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス サテライト事業所**

- 備考 １ この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙1－4)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

|                             |                  | 事業所番号  |  |                                      |                                 |             |                                 |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|-----------------------------|------------------|--------|--|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|--------------------------------|--|--|
| 提供サービス                      |                  | 施設等の区分 |  | 人員配置区分                               |                                 | その他の該当する体制等 |                                 |  |                                 |  |                                 |                                                                | LIFEへの登録                                                       |                                 | 割引 |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> A2 | 訪問型サービス（独自）      |        |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型  |             | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |                                 |  |                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型  |             | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）           | <input type="checkbox"/> 1 非該当  |             | <input type="checkbox"/> 2 該当   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上）） | <input type="checkbox"/> 1 非該当  |             | <input type="checkbox"/> 2 該当   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）    | <input type="checkbox"/> 1 非該当  |             | <input type="checkbox"/> 2 該当   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 特別地域加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当  |             | <input type="checkbox"/> 2 該当   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当  |             | <input type="checkbox"/> 2 該当   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 口腔連携強化加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 介護職員等処遇改善加算                          |                                 |             |                                 |  | <input type="checkbox"/> 1 なし   |  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ |                                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  |                                      | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ |             | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |  | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ  |  | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ  |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> A6 | 通所型サービス（独自）      |        |  | 職員の欠員による減算の状況                        | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 看護職員 |  | <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |  |                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型  |             | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型  |             | <input type="checkbox"/> 2 基準型  |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 若年性認知症利用者受入加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 生活機能向上グループ活動加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 栄養アセスメント・栄養改善体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 口腔機能向上加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 一体的サービス提供加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | サービス提供体制強化加算                         | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ  |  | <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ  |  | <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ  |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 生活機能向上連携加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ  |  | <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ  |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 科学的介護推進体制加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 |                                                                |                                                                |                                 |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  | 介護職員等処遇改善加算（利用定員19人以上）               |                                 |             |                                 |  | <input type="checkbox"/> 1 なし   |  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ |                                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  |                                      |                                 |             |                                 |  | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ |  | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |                                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ  |    | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  |
|                             |                  |        |  | 介護職員等処遇改善加算（利用定員19人未満）               |                                 |             |                                 |  | <input type="checkbox"/> 1 なし   |  | <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰイ |                                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> S 加算Ⅰロ |    |                                |  |  |
|                             |                  |        |  |                                      |                                 |             |                                 |  | <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱイ |  | <input type="checkbox"/> T 加算Ⅱロ |                                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ  |    | <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ |  |  |
| <input type="checkbox"/> AF | 介護予防<br>ケアマネジメント |        |  | 介護職員等処遇改善加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし   |             | <input type="checkbox"/> 2 あり   |  |                                 |  |                                 | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり | <input type="checkbox"/> 1 なし<br><input type="checkbox"/> 2 あり |                                 |    |                                |  |  |

備考 1 「割引」を「あり」と記載する場合は「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について」（別紙51）を添付してください。

2 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙14-7）を添付してください。

3 「同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上）」については、判定結果がわかる書類（「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）又はこれに準じた計算書等）を添付してください。

4 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス |             | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他の該当する体制等                          |                                |                                                                 |
|--------|-------------|--------|--------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| □ A2   | 訪問型サービス（独自） |        |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）           | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上）） | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）    | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 特別地域加算                               | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）         | <input type="checkbox"/> 1 非該当 | <input type="checkbox"/> 2 該当                                   |
|        |             |        |        | 口腔連携強化加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
| □ A6   | 通所型サービス（独自） |        |        | 職員の欠員による減算の状況                        | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員 |
|        |             |        |        | 高齢者虐待防止措置実施の有無                       | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 業務継続計画策定の有無                          | <input type="checkbox"/> 1 減算型 | <input type="checkbox"/> 2 基準型                                  |
|        |             |        |        | 若年性認知症利用者受入加算                        | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 生活機能向上グループ活動加算                       | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 栄養アセスメント・栄養改善体制                      | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 口腔機能向上加算                             | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |
|        |             |        |        | 生活機能向上連携加算                           | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ   |
|        |             |        |        | 科学的介護推進体制加算                          | <input type="checkbox"/> 1 なし  | <input type="checkbox"/> 2 あり                                   |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙2)

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 年 月 日

知事 殿

所在地

名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|             |  |
|-------------|--|
| 事業所所在地市町村番号 |  |
|-------------|--|

|                   |                                   |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|-------------------|-----------------------------------|--------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| 届出者               | フリガナ<br>名 称                       |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|                   | 主たる事務所の所在地                        | (郵便番号 ー 群市 ) |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|                   | 連絡先                               | 電話番号         |           |                                                                                        | FAX番号                                                                                  |           |              |
|                   | 法人の種別                             |              |           | 法人所轄庁                                                                                  |                                                                                        |           |              |
|                   | 代表者の職・氏名                          | 職名           |           |                                                                                        | 氏名                                                                                     |           |              |
|                   | 代表者の住所                            | (郵便番号 ー 群市 ) |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
| 事業所・施設の状況         | フリガナ<br>事業所・施設の名称                 |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|                   | 主たる事業所・施設の所在地                     | (郵便番号 ー 群市 ) |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|                   | 連絡先                               | 電話番号         |           |                                                                                        | FAX番号                                                                                  |           |              |
|                   | 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 ー 群市 ) |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|                   |                                   | 電話番号         |           |                                                                                        | FAX番号                                                                                  |           |              |
|                   | 管理者の氏名                            |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
|                   | 管理者の住所                            | (郵便番号 ー 群市 ) |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
| 届出を行う事業所・施設の種類の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類                 | 実施事業         | 指定(許可)年月日 | 異動等の区分                                                                                 |                                                                                        | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合) |
|                   | 訪問介護                              |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 訪問入浴介護                            |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 訪問看護                              |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 訪問リハビリテーション                       |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 居宅療養管理指導                          |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 通所介護                              |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 通所リハビリテーション                       |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 短期入所生活介護                          |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 短期入所療養介護                          |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 特定施設入居者生活介護                       |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 福祉用具貸与                            |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防訪問入浴介護                        |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防訪問看護                          |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防訪問リハビリテーション                   |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防居宅療養管理指導                      |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防通所リハビリテーション                   |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防短期入所生活介護                      |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防短期入所療養介護                      |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防特定施設入居者生活介護                   |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 介護予防福祉用具貸与                        |              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |                                                                                        |           |              |
|                   | 施設                                | 介護老人福祉施設     |           |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   |                                   | 介護老人保健施設     |           |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
|                   |                                   | 介護医療院        |           |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |
| 介護保険事業所番号         |                                   |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
| 医療機関コード等          |                                   |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
| 特記事項              | 変 更 前                             |              |           | 変 更 後                                                                                  |                                                                                        |           |              |
|                   |                                   |              |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |
| 関係書類              |                                   | 別添のとおり       |           |                                                                                        |                                                                                        |           |              |

- 備考1「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。
- 6「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙3)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書<基準該当事業者用>

令和

年

月

知事 殿

市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

|               |                                   |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|---------------|-----------------------------------|-------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----------|--------------|-----------------|
| 届出者           | フリガナ<br>名 称                       |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|               | 主たる事務所の所在地                        | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|               | 連 絡 先                             | 電話番号              |       |                                                                                        |       | FAX番号 |           |              |                 |
|               | 法人である場合その種別                       |                   |       |                                                                                        | 法人所轄庁 |       |           |              |                 |
|               | 代表者の職・氏名                          | 職名                |       |                                                                                        |       | 氏名    |           |              |                 |
|               | 代表者の住所                            | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 事業所の状況        | フリガナ<br>事業所・施設の名称                 |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|               | 主たる事業所の所在地                        | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|               | 連 絡 先                             | 電話番号              |       |                                                                                        |       | FAX番号 |           |              |                 |
|               | 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|               | 連 絡 先                             | 電話番号              |       |                                                                                        |       | FAX番号 |           |              |                 |
|               | 管理者の氏名                            |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 届出を行う事業所の状況   | 同一所在地において行う事業等の種類                 | 実施事業              | 登録年月日 | 異動等の区分                                                                                 |       |       | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合) | 市町村が定める率(市町村記載) |
|               | 基準該当居宅サービス                        |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
|               | 訪問介護                              |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 訪問入浴介護                            |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 通所介護                              |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 短期入所生活介護                          |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 福祉用具貸与                            |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 居宅介護支援                            |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 介護予防訪問入浴介護                        |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 介護予防短期入所生活介護                      |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 介護予防福祉用具貸与                        |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 介護予防支援                            |                   |       | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |       |       |           |              |                 |
|               | 基準該当事業所番号                         |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 登録を受けている市町村   |                                   |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 介護保険事業所番号     | (指定を受けている場合)                      |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 既に指定等を受けている事業 |                                   |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 医療機関コード等      |                                   |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 特記事項          | 変 更 前                             |                   |       |                                                                                        | 変 更 後 |       |           |              |                 |
|               |                                   |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |
| 関係書類          | 別添のとおり                            |                   |       |                                                                                        |       |       |           |              |                 |

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7 「市町村が定める率」欄には、全国共通の介護報酬額に対する市町村が定める率を記載してください。

8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書  
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞  
令和 年 月

知事 殿  
市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

|                 |                                   |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|-----------|-----------------------------|---------------------|--|
| 届出者             | フリガナ<br>名 称                       |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
|                 | 主たる事務所の所在地                        | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
|                 | 連絡先                               | 電話番号              |                              |                              |                              |                              | FAX番号 |           |                             |                     |  |
|                 | 法人である場合その種別                       |                   |                              |                              |                              | 法人所轄庁                        |       |           |                             |                     |  |
|                 | 代表者の職・氏名                          | 職名                |                              |                              |                              |                              | 氏名    |           |                             |                     |  |
|                 | 代表者の住所                            | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 事業所の状況          | フリガナ<br>事業所・施設の名称                 |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
|                 | 主たる事業所の所在地                        | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
|                 | 連絡先                               | 電話番号              |                              |                              |                              |                              | FAX番号 |           |                             |                     |  |
|                 | 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 ー )<br>県 群市 |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
|                 | 連絡先                               | 電話番号              |                              |                              |                              |                              | FAX番号 |           |                             |                     |  |
|                 | 管理者の氏名                            |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 届出を行う事業所の状況     | 同一所在地において行う事業等の種類                 | 実施事業              | 指定年月日                        | 異動等の区分                       |                              |                              |       | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合)                | 市町村が定める単位の有無(市町村記載) |  |
|                 | 夜間対応型訪問介護                         |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 地域密着型通所介護                         |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 療養通所介護                            |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 認知症対応型通所介護                        |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 小規模多機能型居宅介護                       |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 認知症対応型共同生活介護                      |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 地域密着型特定施設入居者生活介護                  |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護              |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                  |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 複合型サービス                           |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 介護予防認知症対応型通所介護                    |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 介護予防小規模多機能型居宅介護                   |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 介護予防認知症対応型共同生活介護                  |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           | <input type="checkbox"/> 1有 |                     |  |
|                 | 居宅介護支援                            |                   |                              | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |       |           |                             |                     |  |
| 介護予防支援          |                                   |                   | <input type="checkbox"/> 1新規 | <input type="checkbox"/> 2変更 | <input type="checkbox"/> 3終了 |                              |       |           |                             |                     |  |
| 地域密着型サービス事業所番号等 |                                   |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 指定を受けている市町村     |                                   |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 介護保険事業所番号       |                                   | (指定を受けている場合)      |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 既に指定等を受けている事業   |                                   |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 医療機関コード等        |                                   |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 特記事項            | 変 更 前                             |                   |                              |                              |                              | 変 更 後                        |       |           |                             |                     |  |
|                 |                                   |                   |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |
| 関係書類            |                                   | 別添のとおり            |                              |                              |                              |                              |       |           |                             |                     |  |

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。  
2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。  
3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。  
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。  
6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。  
7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。  
8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙4)

令和 年 月 日  
知事 殿

市町村名

基準該当サービスに係る特例居宅介護サービス費、特例介護予防サービス費、特例居宅介護サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給に係る上限の率の設定について

このことについて、上限の率を下記のとおり設定しましたのでお知らせします。

記

1 全国共通の介護報酬額に対して定める率

| 項 目           | サービスの種類      | 全国共通の介護報酬額<br>に対して定める率 |
|---------------|--------------|------------------------|
| 特例居宅介護サービス費   | 訪問介護         | %                      |
|               | 訪問入浴介護       | %                      |
|               | 通所介護         | %                      |
|               | 短期入所生活介護     | %                      |
|               | 福祉用具貸与       | %                      |
| 特例介護予防サービス費   | 介護予防訪問入浴介護   | %                      |
|               | 介護予防短期入所生活介護 | %                      |
|               | 介護予防福祉用具貸与   | %                      |
| 特例居宅介護サービス計画費 | %            |                        |
| 特例介護予防サービス計画費 | %            |                        |

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙 5)

令和      年      月      日

知事 殿

事業所・施設名

指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

### 1 割引率等

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| サービスの種類         | 割引率      | 適用条件                |
|-----------------|----------|---------------------|
| 訪問介護            | (例) 10 % | (例) 毎日 午後2時から午後4時まで |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 訪問入浴介護          | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 通所介護            | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 短期入所生活介護        | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 特定施設入居者生活介護     | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 介護老人福祉施設        | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 介護予防訪問入浴介護      | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 介護予防短期入所生活介護    | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | %        |                     |
|                 | %        |                     |
|                 | %        |                     |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙 5-2)

令和          年          月          日

市町村長 殿

事業所・施設名

地域密着型サービス事業者又は地域密着型介護予防サービス事業者による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

## 1 割引率等

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

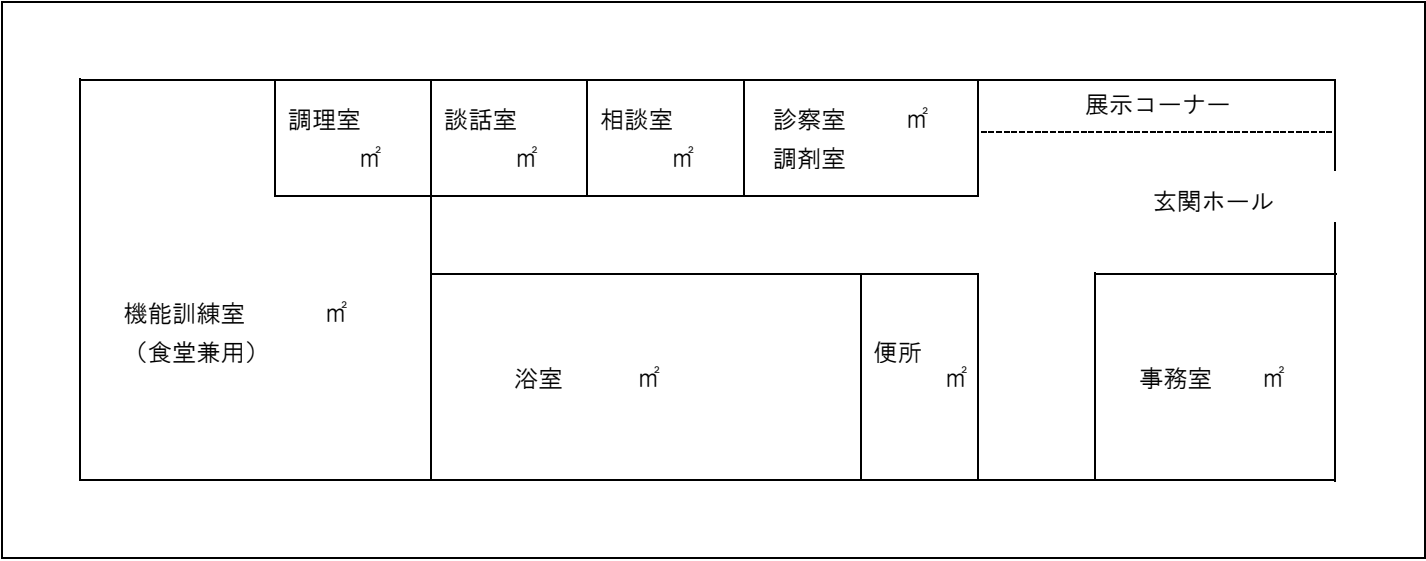
| サービスの種類              | 割引率 | 適用条件 |
|----------------------|-----|------|
| 夜間対応型訪問介護            | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 地域密着型通所介護            | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 認知症対応型通所介護           | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 小規模多機能型居宅介護          | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 認知症対応型共同生活介護         | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 複合型サービス              | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | %   |      |
|                      | %   |      |
|                      | %   |      |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙6)  
平面図

|           |  |          |   |   |
|-----------|--|----------|---|---|
| 事業所・施設の名称 |  | 「該当する体制等 | — | 」 |
|-----------|--|----------|---|---|



備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。  
2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（      年      月分）

サービス種類（      ）

事業所・施設名（      ）

「人員配置区分—      型」又は「該当する体制等—      」      [入所（利用）定員（見込）数等      名]

[illegible]

備考1 \*欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。

3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

(記載例1—勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)

(記載例2—サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

※複数単位実施の場合、その全てを記入してください。

4 届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

**勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務**

5 常勤換算が必要なものについては、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

6 短期入所生活介護及び介護老人福祉施設について、テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合においては、「(再掲)夜勤職員」欄を記載してください。「1日の夜勤の合計時間」は、夜勤時間帯に属する勤務時間（休憩時間を含む）の合計数を記入してください。

また、別紙7-3の「テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）に係る届出書」を添付してください。

7 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

8 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

9 各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

有資格者等の割合の参考計算書

事業所名

事業所番号

サービス種類

1. 割合を計算する職員

介護福祉士

2. 有資格者等の割合の算定期間

前年度(3月を除く)

実績月数

3. 常勤換算方法による計算

前年度(3月を除く)

| ①常勤職員の<br>一月あたりの<br>勤務時間 |   |  |    | ②常勤換算方法の<br>対象外である<br>常勤の職員数<br>(常勤・専従等) |   | ③常勤換算方法の対象<br>である常勤の職員の<br>勤務延時間数<br>(常勤・兼務等) |    | ④非常勤の職員の<br>勤務延時間数 |              | 介護福祉士 |  | 介護職員 |  |
|--------------------------|---|--|----|------------------------------------------|---|-----------------------------------------------|----|--------------------|--------------|-------|--|------|--|
| 令和<br>4月                 | 年 |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 5月                       |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 6月                       |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 7月                       |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 8月                       |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 9月                       |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 10月                      |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 11月                      |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 12月                      |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 令和<br>1月                 | 年 |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
| 2月                       |   |  | 時間 | 介護福祉士                                    | 人 | 時間                                            | 時間 |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    | 介護職員                                     |   |                                               |    |                    |              |       |  |      |  |
|                          |   |  |    |                                          |   |                                               |    |                    | 合計           |       |  |      |  |
|                          |   |  |    |                                          |   |                                               |    |                    | 一月あたりの平均値    |       |  |      |  |
|                          |   |  |    |                                          |   |                                               |    |                    | 介護福祉士<br>の割合 |       |  |      |  |

|           | 分子              | 分母              |
|-----------|-----------------|-----------------|
| 割合を計算する職員 | 介護福祉士           | 介護職員            |
|           | 勤続年数10年以上の介護福祉士 | 介護サービスを直接提供する職員 |
|           | 勤続年数7年以上の職員     | -               |
|           | -               | -               |
|           | -               | -               |
|           | -               | -               |

届出日の属する月の前3月

| 令和 年         |    | ①常勤職員の<br>一月あたりの<br>勤務時間 |  | ②常勤換算方法の<br>対象外である<br>常勤の職員数<br>(常勤・専従等) |    | ③常勤換算方法の対象<br>である常勤の職員の<br>勤務延時間数<br>(常勤・兼務等) |    | ④非常勤の職員の<br>勤務延時間数 |  | 常勤換算人数 |      |
|--------------|----|--------------------------|--|------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|----|--------------------|--|--------|------|
|              |    |                          |  |                                          |    |                                               |    |                    |  | 介護福祉士  | 介護職員 |
| 4月           | 時間 | 介護福祉士                    |  | 人                                        | 時間 | 時間                                            |    |                    |  |        |      |
|              |    | 介護職員                     |  | 人                                        | 時間 | 時間                                            |    |                    |  |        |      |
| 5月           | 時間 | 介護福祉士                    |  | 人                                        | 時間 | 時間                                            | 時間 |                    |  |        |      |
|              |    | 介護職員                     |  | 人                                        | 時間 | 時間                                            | 時間 |                    |  |        |      |
| 6月           | 時間 | 介護福祉士                    |  | 人                                        | 時間 | 時間                                            | 時間 |                    |  |        |      |
|              |    | 介護職員                     |  | 人                                        | 時間 | 時間                                            | 時間 |                    |  |        |      |
| 合計           |    |                          |  |                                          |    |                                               |    |                    |  |        |      |
| 一月あたりの平均値    |    |                          |  |                                          |    |                                               |    |                    |  |        |      |
| 介護福祉士<br>の割合 |    |                          |  |                                          |    |                                               |    |                    |  |        |      |

備考

・本計算書は、有資格者等の割合が要件となっている加算の届出を行う際に、事業所・施設において使用している勤務割表等を自治体に提出する場合の参考資料としてご活用ください。なお、有資格者等の割合の計算根拠資料が他にある場合は、本計算書の添付は不要です。

また、自治体が定める「(別紙7)従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成して提出する場合も、本計算書の添付は不要です。

・本計算書は、黄色網掛けのセルについて記入または選択をしてください。

・「1. 割合を計算する職員」は、本計算書で計算する有資格者等の種類を選択してください。

・「2. 有資格者等の割合の算定期間」は、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した、または再開した事業所)については、届出日の属する月の前3月について計算します。それ以外は前年度(3月を除く)の平均を用いて計算しますので、該当の期間を選択し、実績月数を記入してください。

・「3. 常勤換算方法による計算」

常勤換算方法は、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算します。

常勤で業務の従業者については、実態に応じて以下の①・②の実人数または勤務延時間数を記入してください。

①当該事業所または施設において常勤の職員が勤務すべき一月あたりの時間数を記入してください。

②当該事業所または施設における、常勤換算方法の対象外である常勤の職員の人数を記入してください。

(常勤・専従の職員、当該事業所または施設で他の職種を兼務している常勤の職員等)

③常勤の職員のうち、併設事業所等の他の職種を兼務しており、1人と計算するのが適当ではない職員の勤務延時間数を記入してください。

④非常勤の職員の勤務延時間数を記入してください。

※「常勤・非常勤」の区分について

常勤とは、当該事業所または施設における勤務時間が、当該事業所または施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。

※従業者が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。

この場合、「②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数」の欄に1(人)として記入してください。

※新規事業所等で、届出日の属する月の前3月により計算する場合は、該当する月に人数・勤務延時間数等を記入してください。

・その他、各加算における規定は各サービスの告示等をご確認ください。

## テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）に係る届出書

|       |                                                                                                                     |                               |                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                                                     |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                       | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 短期入所生活介護 |                               |                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|-------|--|-----|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 入所（利用）者全員に見守り機器を使用</p> <p>② 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用</p> <p>③ 導入機器</p> <table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用 途</td> <td></td> </tr> </table> <p>④ 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施</p> <p>i 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置</p> <p>ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮</p> <p>iii 緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）</p> <p>iv 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）</p> <p>v 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施</p> <p>vi 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施</p> <p>⑤ ④ i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認</p> | 名 称 |  | 製造事業者 |  | 用 途 |  | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |
| 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 製造事業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 用 途                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

備考1 要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 ④ i の委員会には夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

## 定期巡回・随時対応サービスに関する状況等に係る届出書（訪問介護事業所）

|       |                               |                               |                               |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                               |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                         |         |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---|
| <p>(1) 利用者又はその家族等から電話等による連絡があった場合に、24時間対応できる体制にあること。</p> <p>連絡方法</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>                                                                                                             |   | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |         |   |   |   |
| <p>(2) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受けている。</p>                                                                                                                                                                                                                |   | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |         |   |   |   |
| <p>(3) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を受けようとする計画を策定している。</p>                                                                                                                                                                                                        |   | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |         |   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">実施予定年月日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> </table> |   |                                                                         | 実施予定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 実施予定年月日                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 | 月                                                                       | 日       |   |   |   |

※ 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。

## 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅳ)に係る届出書(訪問介護事業所)

|       |                                       |                                       |                               |
|-------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                                       |                                       |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規         | <input type="checkbox"/> 2 変更         | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 特定事業所加算(Ⅰ) | <input type="checkbox"/> 2 特定事業所加算(Ⅱ) |                               |
|       | <input type="checkbox"/> 3 特定事業所加算(Ⅲ) | <input type="checkbox"/> 4 特定事業所加算(Ⅳ) |                               |

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|-------------------|-----------|----------------------|---|------------------------------------------------------|---|------------------------------------|
| 1. 体制要件(特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅳ)共通)<br>※特定事業所加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を取得する場合であって、「3. 重度要介護者等対応要件」②を選択する場合は、(6)～(9)を記載すること。                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                | 有・無                                                 |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (1) 個別の訪問介護員等・サービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (2) 訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催している。                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (3) サービス提供責任者と訪問介護員等との間の情報伝達及び報告体制を整備している。                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (4) 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (5) 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (6) 病院等(※)の看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて指定訪問介護を行うことができる体制を整備していること。                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (7) 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (8) 看取りに関する対応方針について、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、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、見直しを行う。                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (9) 看取りに関する職員研修を行っている。                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ※ 「病院等」は「病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーション」を指す。                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| 2. 人材要件(特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅳ)共通)<br>※特定事業所加算(Ⅰ)を取得する場合は(1)及び(2)①、(Ⅱ)を取得する場合は、(1)または(2)①、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を取得する場合は、(2)②または(3)を記載すること。                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                | 有・無                                                 |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (1) 訪問介護員等要件について<br>下表の①については必ず記載すること。②・③についてはいずれかを記載すること可。<br>[ <input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月 ] における一月当たりの実績の平均<br>([ <input type="checkbox"/> ]はいずれかの口を■にする) |                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
|                                                                                                                                                                                            | <table><tr><td></td><td>常勤換算職員数</td></tr><tr><td>① 訪問介護員等の総数(常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数(常勤換算)</td><td>人</td></tr></table> |                                                     | 常勤換算職員数 | ① 訪問介護員等の総数(常勤換算) | 人         | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算) | 人 | ③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数(常勤換算) | 人 | ①に占める②の割合が30%以上<br>①に占める③の割合が50%以上 |
|                                                                                                                                                                                            | 常勤換算職員数                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ① 訪問介護員等の総数(常勤換算)                                                                                                                                                                          | 人                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)                                                                                                                                                                       | 人                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数(常勤換算)                                                                                                                                       | 人                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (2) サービス提供責任者要件について                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| <table><tr><td></td><td>職員数</td><td>常勤換算職員数</td></tr><tr><td rowspan="2">サービス提供責任者</td><td>常勤</td><td>人</td></tr><tr><td>非常勤</td><td>人</td></tr></table>                                   |                                                                                                                                                                                                                                |                                                     | 職員数     | 常勤換算職員数           | サービス提供責任者 | 常勤                   | 人 | 非常勤                                                  | 人 |                                    |
|                                                                                                                                                                                            | 職員数                                                                                                                                                                                                                            | 常勤換算職員数                                             |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| サービス提供責任者                                                                                                                                                                                  | 常勤                                                                                                                                                                                                                             | 人                                                   |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
|                                                                                                                                                                                            | 非常勤                                                                                                                                                                                                                            | 人                                                   |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ①すべてが3年以上の介護業務の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である。(なお、指定居宅サービス等第5条2項により1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を配置していること。)                       |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ②指定居宅サービス等基準第5条第2項の規定により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同行に規定する基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。                                          |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| (3)勤続年数要件について                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
|                                                                                                                                                                                            | <table><tr><td></td><td>常勤換算</td></tr><tr><td>① 訪問介護員等の総数(常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数</td><td>人</td></tr></table>                                                                                     |                                                     | 常勤換算    | ① 訪問介護員等の総数(常勤換算) | 人         | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数  | 人 | ①に占める②の割合が30%以上                                      |   |                                    |
|                                                                                                                                                                                            | 常勤換算                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ① 訪問介護員等の総数(常勤換算)                                                                                                                                                                          | 人                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数                                                                                                                                                                        | 人                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| 3. 重度要介護者等対応要件(特定事業所加算(Ⅰ)・(Ⅲ))<br>※①または②のいずれかを満たすものを記載すること。<br>[ <input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月 ] における ([ <input type="checkbox"/> ]はいずれかの口を■にする)               |                                                                                                                                                                                                                                | 有・無                                                 |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ① 利用者の総数のうち、要介護4及び要介護5である者、認知症日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMである者並びにたんの吸引等が必要な者が占める割合が20%以上                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |
| ② 看取り期の利用者への対応実績が1人以上                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |                   |           |                      |   |                                                      |   |                                    |

備考1 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。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修課程修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修課程修了者」と、「1級課程修了者」とあるのは「旧1級課程修了者」と読み替える。

備考3 「たんの吸引等が必要な者」は、社会福祉士及び介護福祉士法の規定に基づき、たんの吸引等の業務を行うための登録を受けている事業所に限り該当するものである。

## 特定事業所加算（Ⅴ）に係る届出書（訪問介護事業所）

|       |                               |                               |                               |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                               |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |

| ○体制要件                                                                                                                                                                           |                                      | 有 ・ 無                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| (1) 個別の訪問介護員等・サービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。                                                                                                           |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (2) 訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催している。                                                                                                                                             |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (3) サービス提供責任者と訪問介護員等との間の情報伝達及び報告体制を整備している。                                                                                                                                      |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (4) 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。                                                                                                                                             |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (5) 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。                                                                                                                                                    |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (6) 通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する利用者（※）に対して、継続的にサービスを提供している。<br>[ <input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月 ] における ([ ]はいずれかの□を■にする)<br>(中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供状況) |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ①                                                                                                                                                                               | 前年度又は前三月の中山間地域等に居住する者へのサービス提供人数（実人数） | 人                                                   |
| ②                                                                                                                                                                               | ①における前年度または前三月の平均人数                  | 人 → 平均1人以上                                          |
| (7) 利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っている。                                                                           |                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

※ 事業所の通常の事業の実施地域の範囲内であって、厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成二十一年厚生労働省告示第八十三号）第二号に規定する地域に居住している利用者かつ当該利用者の居宅の所在地と最寄りの訪問介護事業所との間の距離が7キロメートルを超える場合に限る。

備考 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。

**重度要介護者等対応要件の割合に関する計算書（特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅲ））**

事業所名 \_\_\_\_\_  
事業所番号 \_\_\_\_\_

1. 要介護4または要介護5である者、認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、M）である者、たんの吸引等を必要とする者等の割合の算出基準  
☐ 利用実人員数      ☐ 訪問回数
2. 算定期間  
☐ ア. 前年度（3月を除く）の実績の平均  
☐ イ. 届出日の属する月の前3月

ア. 前年度（3月を除く）の実績の平均

|      | ①利用者／訪問回数の総数<br>（要支援者は含めない） | ②要介護4または要介護5の<br>利用者数／訪問回数 | ③認知症高齢者の日常生活自<br>立度Ⅲ、ⅣまたはMに該当す<br>る<br>利用者数／訪問回数 | ④喀痰吸引等を必要とする<br>利用者数／訪問回数 |
|------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|
| 4 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 5 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 6 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 7 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 8 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 9 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 10 月 | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 11 月 | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 12 月 | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 1 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 2 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 合計   | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |

⑤重度要介護者等  
数/訪問回数  
(②+③+④)      人/回

⑥割合  
(⑤÷①)      %

イ. 届出日の属する月の前3月

|    | ①利用者／訪問回数の総数<br>（要支援者は含めない） | ②要介護4または要介護5の<br>利用者数／訪問回数 | ③認知症高齢者の日常生活自<br>立度Ⅲ、ⅣまたはMに該当す<br>る<br>利用者数／訪問回数 | ④喀痰吸引等を必要とする<br>利用者数／訪問回数 |
|----|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|
| 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 月  | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |
| 合計 | 人/回                         | 人/回                        | 人/回                                              | 人/回                       |

⑤重度要介護者等  
数/訪問回数  
(②+③+④)      人/回

⑥割合  
(⑤÷①)      %

**備考**

- ・本資料は特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅲ）に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 要介護4または要介護5である者、認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、M）である者、たんの吸引等を必要とする者等の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「訪問回数」のいずれかを選択してください。
- ・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。
- ・前年度の実績が6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）については、前年度の実績（ア）による届出はできません。
- ・具体的な計算方法については、「平成24年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1)（平成24年3月16日）」問15をご参照ください。

**訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書**

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_

## 1. 判定期間（※）

令和 年度 ☐ 前期 ☐ 後期

（※）なお、令和6年度については、前期の判定期間を4月1日から9月30日、減算適用期間を11月1日から3月31日までとし、後期の判定期間を10月1日から2月末日、減算適用期間を令和7年度の4月1日から9月30日までとするため、以下の「2. 判定結果」ア、イについては、適宜判定期間を修正の上、ご使用ください。

## 2. 判定結果

☐ 非該当 ☐ 該当

## ア. 前期

|     | ①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数<br>(要支援者は含めない) | ②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数（※1） |
|-----|----------------------------------------|-----------------------------|
| 3 月 | 人                                      | 人                           |
| 4 月 | 人                                      | 人                           |
| 5 月 | 人                                      | 人                           |
| 6 月 | 人                                      | 人                           |
| 7 月 | 人                                      | 人                           |
| 8 月 | 人                                      | 人                           |
| 合計  | 人                                      | 人                           |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| ③割合<br>(②÷①) |  | % |
|--------------|--|---|

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

## イ. 後期

|      | ①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数<br>(要支援者は含めない) | ②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数（※1） |
|------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 9 月  | 人                                      | 人                           |
| 10 月 | 人                                      | 人                           |
| 11 月 | 人                                      | 人                           |
| 12 月 | 人                                      | 人                           |
| 1 月  | 人                                      | 人                           |
| 2 月  | 人                                      | 人                           |
| 合計   | 人                                      | 人                           |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| ③割合<br>(②÷①) |  | % |
|--------------|--|---|

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

(※1) 同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く)に居住する者及び同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者へ提供する場合を除く

(※2) 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号)」(以下、「留意事項通知」という。)第2の2(16)⑥二等に規定する以下のa～cのいずれか、若しくは、d「いずれにも該当しない」から当てはまるものを選択すること。

なお、a～cに該当する場合は、それぞれ要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

a: 特別地域訪問介護加算を受けている事業所である場合

b: 判定期間の一月当たりの延べ訪問回数が二百回以下であるなど事業所が小規模である場合

c: その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

#### 備考

・本資料は同一建物減算に係る算定手続きを補完する資料としてご使用ください。

・「1. 判定期間」については、該当する期間を選択してください。

・「2. 判定結果」については、アまたはイの算定結果を元を選択してください。

・具体的な計算方法については、留意事項通知第2の2(16)⑥ロをご参照ください。

・指定相当訪問型サービス事業所が本様式を利用する場合には、「①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数(要支援者は含めない)」を「①判定期間に指定相当訪問型サービスを提供した利用者の総数」に読み替えてください。なお、この場合の利用者には、一体的に提供している指定訪問介護の利用者は含みません。

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------|---------|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------|---------|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------|---------|--|
| 1 事業所名          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 2 異動区分          | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 3 施設種別          | <input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション)<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所<br><input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 短期入所生活介護事業所<br><input type="checkbox"/> 5 (介護予防) 短期入所療養介護事業所<br><input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所<br><input type="checkbox"/> 7 訪問型サービス事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 4 歯科医療機関との連携の状況 | <div>1. 連携歯科医療機関</div> <table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table> <div>2. 連携歯科医療機関</div> <table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table> <div>3. 連携歯科医療機関</div> <table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table> | 歯科医療機関名 |  | 所在地 |  | 歯科医師名 |  | 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | 連絡先電話番号 |  | 歯科医療機関名 |  | 所在地 |  | 歯科医師名 |  | 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | 連絡先電話番号 |  | 歯科医療機関名 |  | 所在地 |  | 歯科医師名 |  | 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | 連絡先電話番号 |  |
| 歯科医療機関名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 所在地             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科医師名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科訪問診療料の算定の実績   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 連絡先電話番号         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科医療機関名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 所在地             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科医師名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科訪問診療料の算定の実績   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 連絡先電話番号         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科医療機関名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 所在地             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科医師名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 歯科訪問診療料の算定の実績   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |
| 連絡先電話番号         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |         |  |     |  |       |  |               |       |         |  |

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

認知症専門ケア加算に係る届出書

|       |                                                                                           |                                          |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                           |                                          |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |                                          |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 訪問介護                                                           | <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問入浴介護  |
|       | <input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                               | <input type="checkbox"/> 4 夜間対応型訪問介護     |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)                                                  | <input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 有 ・ 無                                               |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|-------------------------------|-----------|-----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|---|---|--|
| <b>1. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）に係る届出内容</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (1) 利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">① 利用者の総数 注</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月間のうち、いずれかの月の利用実人員数又は利用延人員数で算定。                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ① 利用者の総数 注                                          | 人 | ② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数 | 人         | ③ ②÷①×100 | %   |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ① 利用者の総数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 人                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ③ ②÷①×100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | %                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">人</td> </tr> </table><br>【参考】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数</td> <td style="width: 50%;">研修修了者の必要数</td> </tr> <tr> <td>20人未満</td> <td>1以上</td> </tr> <tr> <td>20以上30未満</td> <td>2以上</td> </tr> <tr> <td>30以上40未満</td> <td>3以上</td> </tr> <tr> <td>40以上50未満</td> <td>4以上</td> </tr> <tr> <td>50以上60未満</td> <td>5以上</td> </tr> <tr> <td>60以上70未満</td> <td>6以上</td> </tr> <tr> <td>～</td> <td>～</td> </tr> </table> | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                            | 人 | 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数   | 研修修了者の必要数 | 20人未満     | 1以上 | 20以上30未満 | 2以上 | 30以上40未満 | 3以上 | 40以上50未満 | 4以上 | 50以上60未満 | 5以上 | 60以上70未満 | 6以上 | ～ | ～ |  |
| 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 研修修了者の必要数                                           |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 20人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1以上                                                 |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 20以上30未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2以上                                                 |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 30以上40未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3以上                                                 |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 40以上50未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4以上                                                 |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 50以上60未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5以上                                                 |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| 60以上70未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6以上                                                 |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ～                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (3) 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開催している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| <b>2. 認知症専門ケア加算（Ⅱ）に係る届出内容</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の(2)・(3)の基準のいずれにも該当している<br>※認知症専門ケア加算（Ⅰ）に係る届出内容(2)～(3)も記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (2) 利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が20%以上である                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">① 利用者の総数 注</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月間のうち、いずれかの月の利用実人員数又は利用延人員数で算定。                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ① 利用者の総数 注                                          | 人 | ② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注 | 人         | ③ ②÷①×100 | %   |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ① 利用者の総数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 人                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| ③ ②÷①×100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | %                                                   |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (3) 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1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |
| (4) 事業所において介護職員、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、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を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、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を指す。

※認知症看護に係る適切な研修 ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修  
②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  
③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者に限る)

備考3 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。

## 認知症専門ケア加算に係る届出書

(介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護  
 (介護予防) 特定施設入居者生活介護、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護  
 地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
 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

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 短期入所療養介護<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護<br><input type="checkbox"/> 5 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br><input type="checkbox"/> 7 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 8 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 9 介護医療院 |                                                             |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 有                        | 無                        |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|---|---|--|--|
| 1. 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) に係る届出内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| (1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数(訪問サービスでは前3月間の利用実人員数又は利用延べ人数)の平均で算定。                                                                                                                                                                                                                               | ① 利用者又は入所者の総数 注          | 人                        | ② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注 | 人         | ③ ②÷①×100 | %   |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| ① 利用者又は入所者の総数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 人                        |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| ② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人                        |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| ③ ②÷①×100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | %                        |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| (2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table><br>【参考】 <table border="1"> <tr> <th>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数</th> <th>研修修了者の必要数</th> </tr> <tr> <td>20人未満</td> <td>1以上</td> </tr> <tr> <td>20以上30未満</td> <td>2以上</td> </tr> <tr> <td>30以上40未満</td> <td>3以上</td> </tr> <tr> <td>40以上50未満</td> <td>4以上</td> </tr> <tr> <td>50以上60未満</td> <td>5以上</td> </tr> <tr> <td>60以上70未満</td> <td>6以上</td> </tr> <tr> <td>～</td> <td>～</td> </tr> </table> | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数 | 人                        | 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数     | 研修修了者の必要数 | 20人未満     | 1以上 | 20以上30未満 | 2以上 | 30以上40未満 | 3以上 | 40以上50未満 | 4以上 | 50以上60未満 | 5以上 | 60以上70未満 | 6以上 | ～ | ～ |  |  |
| 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 人                        |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 研修修了者の必要数                |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 20人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1以上                      |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 20以上30未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2以上                      |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 30以上40未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3以上                      |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 40以上50未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4以上                      |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 50以上60未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5以上                      |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 60以上70未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 6以上                      |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| ～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ～                        |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| (3) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| 2. 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) に係る届出内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| (1) 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) の基準のいずれにも該当している<br>※認知症専門ケア加算 (Ⅰ) に係る届出内容(1)～(3)も記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| (2) 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している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |
| (3) 事業所又は施設において介護職員、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |           |           |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |  |  |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、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を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、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を指す。

※認知症看護に係る適切な研修 ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修  
 ②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  
 ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者に限る)

備考3 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。

(別紙13)

看取り連携体制加算に係る届出書  
(訪問入浴介護事業所、短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所)

|         |                                                                                                                             |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    |                                                                                                                             |
| 異動等区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                   |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 訪問入浴介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 短期入所生活介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 小規模多機能型居宅介護事業所 |

| 看取り連携体制加算に係る届出内容    |   |                                                                                                                      | 有 ・ 無                                               |
|---------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 訪問入浴<br>介護          | ① | 訪問看護ステーション等との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて当該訪問看護ステーション等により訪問看護等が提供されるよう訪問入浴介護を行う日時を当該訪問看護ステーション等と調整している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ② | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ている。                                                        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ③ | 看取りに関する職員研修を行っている。                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ④ | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。                                                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 短期入所<br>生活介護        | ① | 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定している。                                                                                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ② | 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定している。かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保している。        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ③ | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に当該方針の内容を説明し、同意を得ている。                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ④ | ケアカンファレンスや対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス体制について、適宜見直しを行っている。                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ⑤ | 短期入所生活介護事業所において看取りを行う際には、個室又は静養室を利用するなど、プライバシーの確保及び家族へ配慮をすることについて十分留意している。                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ⑥ | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。                                                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 小規模多<br>機能型居<br>宅介護 | ① | 看護職員配置加算（Ⅰ）を算定している。                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ② | 看護師により24時間連絡できる体制を確保している。                                                                                            | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ③ | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に当該方針の内容を説明し、同意を得ている。                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ④ | ケアカンファレンスや対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス体制について、適宜見直しを行っている。                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ⑤ | 宿泊室等において看取りを行う場合に、プライバシーの確保及び家族へ配慮をすることについて十分留意している。                                                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                     | ⑥ | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。                                                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
( (介護予防) 訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 )

|        |                                                                                                                                        |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                        |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                              |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br><input type="checkbox"/> 3 夜間対応型訪問介護           |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) |

|             |                                                              |                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 5 研修等に関する状況 | ① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。          | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|             | ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|             | ③ 健康診断等を定期的に実施すること。                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|             |                                                              |                                                              |

## 6 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

|                                |                      |                                                     |                                                              |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況                      | ①に占める②の割合が60%以上      |                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                | ① 介護職員の総数（常勤換算）      | 人                                                   |                                                              |
|                                | ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算） | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|                                | 又は                   |                                                     |                                                              |
|                                | ①に占める③の割合が25%以上      |                                                     |                                                              |
| ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算） | 人                    | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |

## (2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

|                                |                      |                                                     |                                                              |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況                      | ①に占める②の割合が40%以上      |                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                | ① 介護職員の総数（常勤換算）      | 人                                                   |                                                              |
|                                | ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算） | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|                                | 又は                   |                                                     |                                                              |
|                                | ①に占める③の割合が60%以上      |                                                     |                                                              |
| ③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者等の総数（常勤換算） | 人                    | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |

## (3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

|                                |                           |                                                     |                                                              |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況                      | ①に占める②の割合が30%以上           |                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                | ① 介護職員の総数（常勤換算）           | 人                                                   |                                                              |
|                                | ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）      | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|                                | 又は                        |                                                     |                                                              |
|                                | ①に占める③の割合が50%以上           |                                                     |                                                              |
| ③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者等の総数（常勤換算） | 人                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |
| 常勤職員の状況<br>(定期巡回のみ)            | ①に占める②の割合が60%以上           |                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                | ① 従業者の総数（常勤換算）            | 人                                                   |                                                              |
|                                | ② ①のうち常勤の者の総数（常勤換算）       | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
| 勤続年数の状況                        | ①に占める②の割合が30%以上           |                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                | ① 従業者の総数（常勤換算）            | 人                                                   |                                                              |
|                                | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数（常勤換算） | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 「実務者研修修了者等」には「旧介護職員基礎研修課程修了者」を含む。

備考3 従業者とは、訪問入浴介護における訪問入浴介護従業者、定期巡回・随時対応型訪問介護看護における定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者、夜間対応型訪問介護における夜間対応型訪問介護従業者をいう。

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
 ( (介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、療養通所介護 )

|                         |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名                  |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
| 2 異動区分                  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |
| 3 施設種別                  | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 訪問看護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問リハビリテーション<br><input type="checkbox"/> 3 療養通所介護                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |
| 4 届出項目                  | (訪問看護、訪問リハビリテーション)<br><input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>(療養通所介護)<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 4 サービス提供体制強化加算(Ⅳ) <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                            |
| 5 研修等に関する状況<br>(訪問看護のみ) | ① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。<br>② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。<br>③ 健康診断等を定期的に実施すること。                                                                                                | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

## 6 勤続年数の状況

## (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

|         |                           |                                    |                                                     |                                                     |
|---------|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 勤続年数の状況 | 訪問看護                      | ①に占める②の割合が30%以上                    |                                                     | 有 ・ 無                                               |
|         |                           | ① 看護師等の総数(常勤換算)                    | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|         |                           | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)          | 人                                                   |                                                     |
|         | 訪問リハ                      | ①に占める②の者が1名以上                      |                                                     | 有 ・ 無                                               |
|         |                           | ① サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数 | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|         |                           | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数                | 人                                                   |                                                     |
| 療養通所介護  | ①に占める②の割合が30%以上           |                                    | 有 ・ 無                                               |                                                     |
|         | ① サービスを直接提供する職員の総数(常勤換算)  | 人                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                     |
|         | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算) | 人                                  |                                                     |                                                     |

## (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

|         |                           |                                    |                                                     |                                                     |
|---------|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 勤続年数の状況 | 訪問看護                      | ①に占める②の割合が30%以上                    |                                                     | 有 ・ 無                                               |
|         |                           | ① 看護師等の総数(常勤換算)                    | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|         |                           | ② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)          | 人                                                   |                                                     |
|         | 訪問リハ                      | ①に占める②の者が1名以上                      |                                                     | 有 ・ 無                                               |
|         |                           | ① サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数 | 人                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|         |                           | ② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数                | 人                                                   |                                                     |
| 療養通所介護  | ①に占める②の割合が30%以上           |                                    | 有 ・ 無                                               |                                                     |
|         | ① サービスを直接提供する職員の総数(常勤換算)  | 人                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                     |
|         | ② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算) | 人                                  |                                                     |                                                     |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
 通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、  
 地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護

|        |                                                                                                                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                                                  |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                        |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護 <input type="checkbox"/> 2 （介護予防）通所リハビリテーション<br><input type="checkbox"/> 3 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 3 （介護予防）認知症対応型通所介護 |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                              |

## 5 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

|                                |                      |       |       |
|--------------------------------|----------------------|-------|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況                  | ①に占める②の割合が70%以上      |       | 有 ・ 無 |
|                                | ① 介護職員の総数（常勤換算）      | 人     |       |
|                                | ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算） | 人     | □ ・ □ |
|                                | 又は                   |       |       |
|                                | ①に占める③の割合が25%以上      |       |       |
| ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算） | 人                    | □ ・ □ |       |

## (2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

|               |                      |   |       |
|---------------|----------------------|---|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況 | ①に占める②の割合が50%以上      |   | 有 ・ 無 |
|               | ① 介護職員の総数（常勤換算）      | 人 |       |
|               | ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算） | 人 | □ ・ □ |

## (3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

|               |                           |   |       |
|---------------|---------------------------|---|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況 | ①に占める②の割合が40%以上           |   | 有 ・ 無 |
|               | ① 介護職員の総数（常勤換算）           | 人 |       |
|               | ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）      | 人 | □ ・ □ |
| 勤続年数の状況       | ①に占める②の割合が30%以上           |   | 有 ・ 無 |
|               | ① サービスを直接提供する者の総数（常勤換算）   | 人 |       |
|               | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数（常勤換算） | 人 | □ ・ □ |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙14-4)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護、介護老人福祉施設、  
地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 短期入所生活介護 ( <input type="checkbox"/> ア 単独型 <input type="checkbox"/> イ 併設型 <input type="checkbox"/> ウ 空床利用型 )<br><input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 3 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 4 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 7 介護医療院 |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)                                                                                                                                                                                                              |

5 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |   |                       |   |                                 |   |                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|-----------------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況                       | <div>①に占める②の割合が80%以上</div> <table><tr><td>① 介護職員の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table> <div>又は</div> <div>①に占める③の割合が35%以上</div> <table><tr><td>③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table> | ① 介護職員の総数 (常勤換算) | 人 | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人 | ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人 | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ① 介護職員の総数 (常勤換算)                | 人                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |   |                       |   |                                 |   |                                                                                                                             |
| ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)           | 人                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |   |                       |   |                                 |   |                                                                                                                             |
| ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |   |                       |   |                                 |   |                                                                                                                             |
| サービスの質の向上に資する取組の状況              | ※ (地域密着型) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院は記載                                                                                                                                                                                                                        |                  |   |                       |   |                                 |   |                                                                                                                             |

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

|                       |                                                                                                                                         |                  |   |                       |   |                                                                  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|-----------------------|---|------------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況             | <div>①に占める②の割合が60%以上</div> <table><tr><td>① 介護職員の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table> | ① 介護職員の総数 (常勤換算) | 人 | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人 | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ① 介護職員の総数 (常勤換算)      | 人                                                                                                                                       |                  |   |                       |   |                                                                  |
| ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人                                                                                                                                       |                  |   |                       |   |                                                                  |

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

|                            |                                                                                                                                                      |                          |   |                            |   |                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---|------------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況                  | <div>①に占める②の割合が50%以上</div> <table><tr><td>① 介護職員の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table>              | ① 介護職員の総数 (常勤換算)         | 人 | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)      | 人 | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ① 介護職員の総数 (常勤換算)           | 人                                                                                                                                                    |                          |   |                            |   |                                                                  |
| ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)      | 人                                                                                                                                                    |                          |   |                            |   |                                                                  |
| 常勤職員の状況                    | <div>①に占める②の割合が75%以上</div> <table><tr><td>① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table>            | ① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)      | 人 | ② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)       | 人 | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)        | 人                                                                                                                                                    |                          |   |                            |   |                                                                  |
| ② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)       | 人                                                                                                                                                    |                          |   |                            |   |                                                                  |
| 勤続年数の状況                    | <div>①に占める②の割合が30%以上</div> <table><tr><td>① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算)</td><td>人</td></tr></table> | ① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算) | 人 | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算) | 人 | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)   | 人                                                                                                                                                    |                          |   |                            |   |                                                                  |
| ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算) | 人                                                                                                                                                    |                          |   |                            |   |                                                                  |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設と(介護予防)短期入所生活介護において、別の加算を取得する場合は、別に本届出書を提出すること。空床利用型の(介護予防)短期入所生活介護について届け出る場合は、本体施設である介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設における状況を記載すること。

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
 ((介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)

|        |                                                                                                                                     |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                     |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                           |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 2 看護小規模多機能型居宅介護                                               |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) |

|             |                                                              |                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 5 研修等に関する状況 | ① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。          | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|             | ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |

6 介護職員等の状況  
 (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

|                                |                                                         |   |                                                              |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況                      | ①に占める②の割合が70%以上                                         |   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                | ① 従業者(看護師又は准看護師である者を除く(※))の総数(常勤換算)                     | 人 |                                                              |
|                                | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)                                    | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|                                | ※看護小規模多機能型居宅介護にあつては、「保健師、看護師又は准看護師である者を除く。」と読み替えるものとする。 |   |                                                              |
| 又は<br>①に占める③の割合が25%以上          |                                                         |   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
| ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算) | 人                                                       |   |                                                              |

(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

|           |                                                         |   |                                                              |
|-----------|---------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況 | ①に占める②の割合が50%以上                                         |   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|           | ① 従業者(看護師又は准看護師である者を除く(※))の総数(常勤換算)                     | 人 |                                                              |
|           | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)                                    | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|           | ※看護小規模多機能型居宅介護にあつては、「保健師、看護師又は准看護師である者を除く。」と読み替えるものとする。 |   |                                                              |

(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

|           |                                                         |   |                                                              |
|-----------|---------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|
| 介護福祉士等の状況 | ①に占める②の割合が40%以上                                         |   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|           | ① 従業者(看護師又は准看護師である者を除く(※))の総数(常勤換算)                     | 人 |                                                              |
|           | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)                                    | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|           | ※看護小規模多機能型居宅介護にあつては、「保健師、看護師又は准看護師である者を除く。」と読み替えるものとする。 |   |                                                              |
| 常勤職員の状況   | ①に占める②の割合が60%以上                                         |   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|           | ① 従業者の総数(常勤換算)                                          | 人 |                                                              |
|           | ② ①のうち常勤の者の総数(常勤換算)                                     | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|           |                                                         |   |                                                              |
| 勤続年数の状況   | ①に占める②の割合が30%以上                                         |   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|           | ① 従業者の総数(常勤換算)                                          | 人 |                                                              |
|           | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)                               | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
|           |                                                         |   |                                                              |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあつた場合には、速やかに提出すること。

備考2 従業者とは、小規模多機能型居宅介護における小規模多機能型居宅介護従業者、看護小規模多機能型居宅介護における看護小規模多機能型居宅介護従業者をいう。

## サービス提供体制強化加算に関する届出書

(介護予防) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、  
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

|        |                                                                                                                                                |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                                |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                      |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)            |

## 5 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

|                            |                                         |       |
|----------------------------|-----------------------------------------|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況              | ①に占める②の割合が70%以上                         | 有 ・ 無 |
|                            | ① 介護職員の総数(常勤換算)                         | 人     |
|                            | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)                    | 人     |
|                            | 又は                                      |       |
|                            | ①に占める③の割合が25%以上                         |       |
|                            | ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)          | 人     |
| サービスの質の<br>向上に資する<br>取組の状況 | ※(介護予防) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護は記載 |       |

## (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

|               |                      |       |
|---------------|----------------------|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況 | ①に占める②の割合が60%以上      | 有 ・ 無 |
|               | ① 介護職員の総数(常勤換算)      | 人     |
|               | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算) | 人     |

## (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

|               |                           |       |
|---------------|---------------------------|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況 | ①に占める②の割合が50%以上           | 有 ・ 無 |
|               | ① 介護職員の総数(常勤換算)           | 人     |
|               | ② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)      | 人     |
| 常勤職員の<br>状況   | ①に占める②の割合が75%以上           | 有 ・ 無 |
|               | ① 看護・介護職員の総数(常勤換算)        | 人     |
|               | ② ①のうち常勤の者の総数(常勤換算)       | 人     |
| 勤続年数の状況       | ①に占める②の割合が30%以上           | 有 ・ 無 |
|               | ① サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)   | 人     |
|               | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算) | 人     |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(通所型サービス)

|        |                                                                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                           |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                 |
| 3 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) |

## 5 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

|                                     |                       |       |       |
|-------------------------------------|-----------------------|-------|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況                       | ①に占める②の割合が70%以上       |       | 有 ・ 無 |
|                                     | ① 介護職員の総数 (常勤換算)      | 人     |       |
|                                     | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人     | □ ・ □ |
|                                     | 又は                    |       |       |
|                                     | ①に占める③の割合が25%以上       |       |       |
| ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の<br>総数 (常勤換算) | 人                     | □ ・ □ |       |

## (2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

|               |                       |   |       |
|---------------|-----------------------|---|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況 | ①に占める②の割合が50%以上       |   | 有 ・ 無 |
|               | ① 介護職員の総数 (常勤換算)      | 人 |       |
|               | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人 | □ ・ □ |

## (3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

|               |                                |   |       |
|---------------|--------------------------------|---|-------|
| 介護福祉士等の<br>状況 | ①に占める②の割合が40%以上                |   | 有 ・ 無 |
|               | ① 介護職員の総数 (常勤換算)               | 人 |       |
|               | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)          | 人 | □ ・ □ |
| 勤続年数の状況       | ①に占める②の割合が30%以上                |   | 有 ・ 無 |
|               | ① サービスを直接提供する者の総数<br>(常勤換算)    | 人 |       |
|               | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常<br>勤換算) | 人 | □ ・ □ |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。

## 訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書

|          |                                                                                               |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名   |                                                                                               |
| 2 異動区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了     |
| 3 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 訪問看護事業所（訪問看護ステーション）<br><input type="checkbox"/> 2 訪問看護事業所（病院又は診療所） |

[illegible]

(別紙16)

緊急時（介護予防）訪問看護加算・緊急時対応加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

|        |                                                                                                                                                                                                          |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名   |                                                                                                                                                                                                          |
| 異動等区分  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                |
| 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1（介護予防）訪問看護事業所（訪問看護ステーション）<br><input type="checkbox"/> 2（介護予防）訪問看護事業所（病院又は診療所）<br><input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所<br><input type="checkbox"/> 4 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 届出項目   | <input type="checkbox"/> 1 緊急時（介護予防）訪問看護加算<br><input type="checkbox"/> 2 緊急時対応加算<br><input type="checkbox"/> 3 特別管理加算に係る体制<br><input type="checkbox"/> 4 ターミナルケア体制                                       |

1 緊急時（介護予防）訪問看護加算又は緊急時対応加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員（                      ）人

|                                                                                                            |   |    |   |     |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---|-----|--------------------------------------------------------------|
| 保健師                                                                                                        | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |
| 看護師                                                                                                        | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |
| 保健師、看護師以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等に対応する体制となっているか。「有」にチェックを入れた場合、下記の欄に保健師、看護師以外の職員について記載すること。 ※緊急時（介護予防）訪問看護加算のみ |   |    |   |     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 保健師、看護師以外の職員                                                                                               |   |    |   |     |                                                              |
| 理学療法士                                                                                                      | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |
| 作業療法士                                                                                                      | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |
| 言語聴覚士                                                                                                      | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |
| 事務職員                                                                                                       | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |
| その他                                                                                                        | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人                                                            |

② 連絡方法

|  |
|--|
|  |
|--|

③ 連絡先電話番号

|   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1 | (                      ) | 4 | (                      ) |
| 2 | (                      ) | 5 | (                      ) |
| 3 | (                      ) | 6 | (                      ) |

|                                                                                                 |                                                     |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|
| 2 看護師等以外の職員が利用者又は家族等からの電話連絡を受ける場合に必要<br>体制 ※（介護予防）訪問看護事業所のみ                                     | 有 ・ 無                                               | マニュアル添付 |
| ① 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び<br>相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |
| ② 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡<br>体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。                             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |
| ③ 当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の<br>職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |
| ④ 看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に、保健師<br>又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告<br>内容等を訪問看護記録書に記録すること。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |
| ⑤ ①から④について、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |         |

|                                                                             |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 3 緊急時（介護予防）訪問看護加算（Ⅰ）に係る届出内容（①又は②は必須項目）<br>※（介護予防）訪問看護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のみ | 有 ・ 無                                               |
| ① 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで                                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③ 夜間対応後の暦日の休日確保                                                             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫                                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保                                             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 緊急時の（介護予防）訪問看護、特別管理、ターミナルケアのそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。2の看護師等以外の職員が電話連絡の対応を行う場合には、2の①の「マニュアル」も添付してください。

(別紙16)

緊急時（介護予防）訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

|        |                                                                                                                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名   |                                                                                                                                                             |
| 異動等区分  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                   |
| 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 （介護予防）訪問看護事業所（訪問看護ステーション）<br><input type="checkbox"/> 2 （介護予防）訪問看護事業所（病院又は診療所）<br><input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 |

|                                               |                                                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 4 特別管理加算に係る体制の届出内容                            | 有 ・ 無                                               |
| ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

|                                                                     |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 5 ターミナルケア体制に係る届出内容                                                  | 有 ・ 無                                               |
| ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。                                             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② ターミナルケアの提供過程における利用者の心身状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項が適切に記録される体制を整備している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

(別紙17)

専門管理加算に係る届出書

|        |                                                                                                                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名   |                                                                                                                                                              |
| 異動等区分  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                    |
| 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション)<br><input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (病院又は診療所)<br><input type="checkbox"/> 3 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 届出事項   | <input type="checkbox"/> 1 緩和ケア<br><input type="checkbox"/> 2 褥瘡ケア<br><input type="checkbox"/> 3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア<br><input type="checkbox"/> 4 特定行為           |

専門管理加算に係る届出内容

1 緩和ケアに関する専門研修

|    |    |
|----|----|
| 氏名 | 氏名 |
|    |    |

2 褥瘡ケアに関する専門研修

|    |    |
|----|----|
| 氏名 | 氏名 |
|    |    |

3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修

|    |    |
|----|----|
| 氏名 | 氏名 |
|    |    |

4 特定行為研修

|    |    |
|----|----|
| 氏名 | 氏名 |
|    |    |

備考 1、2、3又は4の専門の研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

(別紙18)

遠隔死亡診断補助加算に係る届出書

|        |                                                                                                                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名   |                                                                                                                                                              |
| 異動等区分  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                    |
| 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション)<br><input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (病院又は診療所)<br><input type="checkbox"/> 3 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 届出項目   | 遠隔死亡診断補助加算                                                                                                                                                   |

遠隔死亡診断補助加算に係る届出内容

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師

| 氏名 | 氏名 |
|----|----|
|    |    |

備考 研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

(別紙19)

看護体制強化加算に係る届出書 ((介護予防)訪問看護事業所)

○ 訪問看護事業所

|       |                                                                                           |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 事業所名  |                                                                                           |  |  |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |  |  |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 看護体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 看護体制強化加算 (Ⅱ)           |  |  |

|                  |   |                              |   |                           |                                                                                                                     |
|------------------|---|------------------------------|---|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 緊急時訪問看護加算の算定状況 | ① | 前6か月間の実利用者の総数                | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>50%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |
|                  | ② | ①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数      | 人 |                           |                                                                                                                     |
| 2 特別管理加算の算定状況    | ① | 前6か月間の実利用者の総数                | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>20%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |
|                  | ② | ①のうち特別管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した実利用者数 | 人 |                           |                                                                                                                     |
| 3 ターミナルケア加算の算定状況 | ① | 前12か月間のターミナルケア加算の算定人数        | 人 | → 1人以上<br>→ 5人以上          | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                  |   |                              |   |                           |                                                                                                                     |
| 4 看護職員の割合        | ① | 指定訪問看護を提供する従業員数(常勤換算法)       | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>60%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |
|                  | ② | ①のうち看護職員の人数(常勤換算法)           | 人 |                           |                                                                                                                     |

○ 介護予防訪問看護事業所

|       |                                                                                           |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 事業所名  |                                                                                           |  |  |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |  |  |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 看護体制強化加算                                                       |  |  |

|                      |   |                              |   |                           |                                                              |
|----------------------|---|------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 緊急時介護予防訪問看護加算の算定状況 | ① | 前6か月間の実利用者の総数                | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>50%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                      | ② | ①のうち緊急時介護予防訪問看護加算を算定した実利用者数  | 人 |                           |                                                              |
| 2 特別管理加算の算定状況        | ① | 前6か月間の実利用者の総数                | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>20%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                      | ② | ①のうち特別管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した実利用者数 | 人 |                           |                                                              |
| 3 看護職員の割合            | ① | 指定訪問看護を提供する従業員数(常勤換算法)       | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>60%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                      | ② | ①のうち看護職員の人数(常勤換算法)           | 人 |                           |                                                              |

備考 看護体制強化加算に係る体制を敷いている場合について提出してください。

## 訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                           |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 移行支援加算                                                         |

|            |   |                                   |           |                                                              |
|------------|---|-----------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------|
| ① 終了者数の状況  | ① | 評価対象期間の訪問リハビリテーション終了者数            | 人         | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|            | ② | ①のうち、指定通所介護等を実施した者の数（注1）          | 人         |                                                              |
|            | ③ | ①に占める②の割合                         | % → 5%超   |                                                              |
|            |   |                                   |           |                                                              |
| ② 事業所の利用状況 | ① | 評価対象期間の利用者延月数                     | 月         | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|            | ② | 評価対象期間の新規利用者数                     | 人         |                                                              |
|            | ③ | 評価対象期間の新規終了者数（注2）                 | 人         |                                                              |
|            | ④ | $12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$ | % → 25%以上 |                                                              |
|            |   |                                   |           |                                                              |

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定（介護予防）通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定（介護予防）認知症対応型通所介護、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業の利用、その他社会参加に資する取組、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が医療機関への入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等への移行である場合を含めない。

注2：評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数（入院、入所、死亡を含む。）

※ 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。

## 生活相談員配置等加算に係る届出書

|         |                                                                                                                                |                               |                               |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名    |                                                                                                                                |                               |                               |
| 異動等区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護事業所 |                               |                               |

| 生活相談員配置等加算に係る届出内容      |   |                                                                | 有 ・ 無                                               |
|------------------------|---|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 通所介護                   | ① | 共生型通所介護費を算定している。                                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ② | 生活相談員を、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ③ | 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 地域密着型<br>通所介護          | ① | 共生型地域密着型通所介護費を算定している。                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ② | 生活相談員を、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ③ | 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (介護予防)<br>短期入所<br>生活介護 | ① | 共生型短期入所生活介護費を算定している。                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ② | 生活相談員を、常勤換算方法で1名以上配置している。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ③ | 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

## 中重度者ケア体制加算に係る届出書

|         |                                                                                                                            |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    |                                                                                                                            |
| 異動等区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                  |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 通所リハビリテーション事業所 |

| 中重度者ケア体制加算に係る届出内容 |   |                                                                                                  | 有 ・ 無                                               |
|-------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 通所介護              | ① | 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ② | 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ③ | 指定通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ④ | 共生型通所介護費を算定していない。                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 地域密着型通所介護         | ① | 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ② | 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ③ | 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ④ | 共生型地域密着型通所介護費を算定していない。                                                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 通所リハビリテーション       | ① | 指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している。                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ② | 指定通所リハビリテーション事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                   | ③ | 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置している。                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

**利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)**

事業所名 \_\_\_\_\_  
事業所番号 \_\_\_\_\_

## 1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準

☐ 利用実人員数 ☐ 利用延人員数

## 2. 算定期間

☐ ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均  
☐ イ. 届出日の属する月の前3月

## ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

|              | 利用者の総数<br>(要支援者は<br>含めない) | 要介護3、要介護4<br>または要介護5の<br>利用者数 |
|--------------|---------------------------|-------------------------------|
| 4 月          | 人                         | 人                             |
| 5 月          | 人                         | 人                             |
| 6 月          | 人                         | 人                             |
| 7 月          | 人                         | 人                             |
| 8 月          | 人                         | 人                             |
| 9 月          | 人                         | 人                             |
| 10 月         | 人                         | 人                             |
| 11 月         | 人                         | 人                             |
| 12 月         | 人                         | 人                             |
| 1 月          | 人                         | 人                             |
| 2 月          | 人                         | 人                             |
| 合計           | 人                         | 人                             |
| 1月あたりの<br>平均 | 人                         | 人                             |

実績月数  
\_\_\_\_\_

割合  
\_\_\_\_\_

## イ. 届出日の属する月の前3月

|              | 利用者の総数<br>(要支援者は<br>含めない) | 要介護3、要介護4<br>または要介護5の<br>利用者数 |
|--------------|---------------------------|-------------------------------|
| 月            | 人                         | 人                             |
| 月            | 人                         | 人                             |
| 月            | 人                         | 人                             |
| 合計           | 人                         | 人                             |
| 1月あたりの<br>平均 | 人                         | 人                             |

割合  
\_\_\_\_\_

## 備考

- ・本資料は中重度者ケア体制加算に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
- ・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。  
前年度の実績が6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)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
- ・具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

## 認知症加算に係る届出書

(通所介護、地域密着型通所介護)

|         |                                                                                           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    |                                                                                           |
| 異動等区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所             |

| 認知症加算に係る届出内容                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 有 ・ 無                                               |   |       |   |           |   |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|-------|---|-----------|---|-----------------------------------------------------|
| 通所介護                                                                                                              | ① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |       |   |           |   |                                                     |
|                                                                                                                   | ② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" data-bbox="459 958 1189 1086"> <tr> <td>① 利用者総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 対象者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table>       | ① 利用者総数                                             | 人 | ② 対象者 | 人 | ③ ②÷①×100 | % | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                   | ① 利用者総数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人                                                   |   |       |   |           |   |                                                     |
|                                                                                                                   | ② 対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人                                                   |   |       |   |           |   |                                                     |
| ③ ②÷①×100                                                                                                         | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |   |       |   |           |   |                                                     |
| ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |   |       |   |           |   |                                                     |
| ④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に行っている。                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |   |       |   |           |   |                                                     |
| 地域密着型通所介護                                                                                                         | ① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |       |   |           |   |                                                     |
|                                                                                                                   | ② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" data-bbox="459 1686 1189 1814"> <tr> <td>① 利用者総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 対象者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table> | ① 利用者総数                                             | 人 | ② 対象者 | 人 | ③ ②÷①×100 | % | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                   | ① 利用者総数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人                                                   |   |       |   |           |   |                                                     |
|                                                                                                                   | ② 対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人                                                   |   |       |   |           |   |                                                     |
| ③ ②÷①×100                                                                                                         | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |   |       |   |           |   |                                                     |
| ③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |   |       |   |           |   |                                                     |
| ④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に行っている。                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |   |       |   |           |   |                                                     |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

**利用者の割合に関する計算書(認知症加算)**事業所名 \_\_\_\_\_  
事業所番号 \_\_\_\_\_

1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準  
☐ 利用実人員数                      ☐ 利用延人員数

2. 算定期間  
☐ ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均  
☐ イ. 届出日の属する月の前3月

**ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均**

|              | 利用者の総数<br>(要支援者は<br>含めない) | 日常生活自立度のランクⅢ、<br>Ⅳ又はMIに該当する<br>利用者数 |
|--------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 4 月          | 人                         | 人                                   |
| 5 月          | 人                         | 人                                   |
| 6 月          | 人                         | 人                                   |
| 7 月          | 人                         | 人                                   |
| 8 月          | 人                         | 人                                   |
| 9 月          | 人                         | 人                                   |
| 10 月         | 人                         | 人                                   |
| 11 月         | 人                         | 人                                   |
| 12 月         | 人                         | 人                                   |
| 1 月          | 人                         | 人                                   |
| 2 月          | 人                         | 人                                   |
| 合計           | 人                         | 人                                   |
| 1月あたりの<br>平均 | 人                         | 人                                   |

実績月数  
\_\_\_\_\_割合  
\_\_\_\_\_**イ. 届出日の属する月の前3月**

|              | 利用者の総数<br>(要支援者は<br>含めない) | 日常生活自立度のランクⅢ、<br>Ⅳ又はMIに該当する<br>利用者数 |
|--------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 月            | 人                         | 人                                   |
| 月            | 人                         | 人                                   |
| 月            | 人                         | 人                                   |
| 合計           | 人                         | 人                                   |
| 1月あたりの<br>平均 | 人                         | 人                                   |

割合  
\_\_\_\_\_**備考**

- ・本資料は認知症加算((地域密着型)通所介護)に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
- ・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。  
前年度の実績が6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)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
- ・具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                           |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 移行支援加算                                                         |

|            |   |                                   |           |                                                                  |
|------------|---|-----------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|
| ① 終了者数の状況  | ① | 評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数            | 人         | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|            | ② | ①のうち、指定通所介護等を実施した者の数（注1）          | 人         |                                                                  |
|            | ③ | ①に占める②の割合                         | % → 3%超   |                                                                  |
|            |   |                                   |           |                                                                  |
| ② 事業所の利用状況 | ① | 評価対象期間の利用者延月数                     | 月         | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|            | ② | 評価対象期間の新規利用者数                     | 人         |                                                                  |
|            | ③ | 評価対象期間の新規終了者数（注2）                 | 人         |                                                                  |
|            | ④ | $12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$ | % → 27%以上 |                                                                  |
|            |   |                                   |           |                                                                  |

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定（介護予防）認知症対応型通所介護、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が医療機関への入院、介護保険施設への入所、指定（介護予防）訪問リハビリテーション、指定（介護予防）通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等への移行である場合を含めない。

注2： 評価対象期間に当該事業所の提供する指定通所リハビリテーションの利用を終了した者の数（入院、入所、死亡を含む。）

※ 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。

看護体制加算に係る届出書  
(短期入所生活介護事業所)

|       |                                       |                                       |                               |  |  |  |
|-------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|
| 事業所名  |                                       |                                       |                               |  |  |  |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規         | <input type="checkbox"/> 2 変更         | <input type="checkbox"/> 3 終了 |  |  |  |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 看護体制加算(Ⅰ)  | <input type="checkbox"/> 2 看護体制加算(Ⅱ)  |                               |  |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 3 看護体制加算(Ⅲ)イ | <input type="checkbox"/> 4 看護体制加算(Ⅲ)ロ |                               |  |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 5 看護体制加算(Ⅳ)イ | <input type="checkbox"/> 6 看護体制加算(Ⅳ)ロ |                               |  |  |  |

看護体制加算に係る届出内容

定員及び利用者数の状況

|    |  |   |      |  |   |
|----|--|---|------|--|---|
| 定員 |  | 人 | 利用者数 |  | 人 |
|----|--|---|------|--|---|

看護職員の状況

|                |      |   |
|----------------|------|---|
| 看護師            | 常勤   | 人 |
| 看護職員(看護師・准看護師) | 常勤換算 | 人 |

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

| 病院・診療所・訪問看護ステーション名 | 事業所番号 |
|--------------------|-------|
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

|                       |                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| 24時間常時連絡できる体制を整備している。 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------|

中重度者の受入状況

|                                                                                                                                       |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| [ <input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月 ] における ([ ]はいずれかの□を■にする)<br>利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5の利用者の<br>占める割合が70%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

備考 看護体制について、体制を整備している場合について提出してください。

## 看護体制加算に係る届出書

|       |                                       |                               |                                          |  |
|-------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|--|
| 事業所名  |                                       |                               |                                          |  |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規         | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了            |  |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設   |                               | <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設 |  |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 看護体制加算(Ⅰ)イ |                               | <input type="checkbox"/> 2 看護体制加算(Ⅰ)ロ    |  |
|       | <input type="checkbox"/> 3 看護体制加算(Ⅱ)イ |                               | <input type="checkbox"/> 4 看護体制加算(Ⅱ)ロ    |  |

## 看護体制加算に関する届出内容

## 定員及び入所者の状況

|    |  |   |      |  |   |
|----|--|---|------|--|---|
| 定員 |  | 人 | 入所者数 |  | 人 |
|----|--|---|------|--|---|

## 看護職員の状況

|      |    |   |      |   |
|------|----|---|------|---|
| 保健師  | 常勤 | 人 | 常勤換算 | 人 |
| 看護師  | 常勤 | 人 | 常勤換算 | 人 |
| 准看護師 | 常勤 | 人 | 常勤換算 | 人 |

## 連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

| 病院・診療所・訪問看護ステーション名 | 事業所番号 |
|--------------------|-------|
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

24時間常時連絡できる体制を整備している。

|                          |   |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|
| 有                        | ・ | 無                        |
| <input type="checkbox"/> | ・ | <input type="checkbox"/> |

**医療連携強化加算に係る届出書**  
(短期入所生活介護事業所)

|       |                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                           |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |

| 医療連携強化加算に係る届出内容 |                                                                                                                                                                                                                                                                 | 有 ・ 無                                               |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ①               | 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定している。                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ②               | 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っている。                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③               | 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている。                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④               | 主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変時の医療提供の方針について、利用者から同意を得ている。また当該同意を文書で記録している。                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤               | 同加算を算定する利用者は、以下のいずれかに該当する者である。<br>イ 喀痰吸引を実施している状態<br>ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>ハ 中心静脈注射を実施している状態<br>ニ 人工腎臓を実施している状態<br>ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>ヘ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態<br>リ 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑥               | 在宅中重度受入加算を算定していない。                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

## テクノロジー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 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                           |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 短期入所生活介護 |

以下について、該当する届出項目における必要事項を記載すること。

## 配置要件① 最低基準に加えて配置する人員が「0.9人配置」

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |     |  |       |  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|--|-------|--|-----|
| ① 入所（利用）者数<br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人                                                                                                           | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |     |  |       |  |     |
| ② 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数<br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人                                                                                            |                                                              |     |  |       |  |     |
| ③ ①に占める②の割合<br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> %      →      10%以上                                                                                        |                                                              |     |  |       |  |     |
| ④ 導入機器<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用 途</td> <td></td> </tr> </table> |                                                              | 名 称 |  | 製造事業者 |  | 用 途 |
| 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<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |     |  |       |  |     |
| 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・介護事故が減少していることの確認、必要な分析・検討等                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |     |  |       |  |     |

## 配置要件② 最低基準に加えて配置する人員が「0.6人配置」

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|-------|--|-----|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 入所（利用）者全員に見守り機器を使用                                                                                                                                                                                              | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ② 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ③ 導入機器<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用 途</td> <td></td> </tr> </table> | 名 称                                                          |  | 製造事業者 |  | 用 途 |  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 名 称                                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 製造事業者                                                                                                                                                                                                             |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 用 途                                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ④ 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施                                                                                                                                               |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会の設置                                                                                                                                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）                                                                                                                                                                                 |                                                              |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| v 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ⑤ ④ i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

備考1 配置要件②については、要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 配置要件②の④ i の委員会には、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

備考3 テクノロジーを導入した場合の介護老人福祉施設の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合は、当該加算の配置要件②の「0.6人配置」を「0.8人配置」に読み替えるものとする。

## 生産性向上推進体制加算に係る届出書

|       |                                   |                    |                    |
|-------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| 事業所番号 |                                   |                    |                    |
| 事業所名  |                                   |                    |                    |
| 異動等区分 | 1 新規 2 変更 3 終了                    |                    |                    |
| 施設種別  | 1 短期入所生活介護                        | 2 短期入所療養介護         | 3 特定施設入居者生活介護      |
|       | 4 小規模多機能型居宅介護                     | 5 認知症対応型共同生活介護     | 6 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
|       | 7 地域密着型介護老人福祉施設                   | 8 看護小規模多機能型居宅介護    | 9 介護老人福祉施設         |
|       | 10 介護老人保健施設                       | 11 介護医療院           | 12 介護予防短期入所生活介護    |
|       | 13 介護予防短期入所療養介護                   | 14 介護予防特定施設入居者生活介護 | 15 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
|       | 16 介護予防認知症対応型共同生活介護               |                    |                    |
| 届出区分  | 1 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 2 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) |                    |                    |

## 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)に係る届出

|                                                                                                                                     |     |     |  |       |  |     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--|-------|--|-----|--|
| ① 加算(Ⅱ)のデータ等により業務改善の取組による成果を確認                                                                                                      | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| ② 以下のi～iiiの項目の機器をすべて使用                                                                                                              |     |     |  |       |  |     |  |
| i 入所(利用)者全員に見守り機器を使用                                                                                                                | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| ii 職員全員がインカム等のICTを使用                                                                                                                | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用<br>(導入機器)                                                                                | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| <table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用 途</td> <td></td> </tr> </table> |     | 名 称 |  | 製造事業者 |  | 用 途 |  |
| 名 称                                                                                                                                 |     |     |  |       |  |     |  |
| 製造事業者                                                                                                                               |     |     |  |       |  |     |  |
| 用 途                                                                                                                                 |     |     |  |       |  |     |  |
| ③ 職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を実施                                                                                                  | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| ④ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(以下「委員会」という。)において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認                                  |     |     |  |       |  |     |  |
| i ②の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保                                                                                                     | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮                                                                                                    | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| iii 機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む)                                                                                                   | 有・無 |     |  |       |  |     |  |
| iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施                                                                                          | 有・無 |     |  |       |  |     |  |

## 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)に係る届出

|                                                                                                                                     |     |          |   |                         |   |     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|---|-------------------------|---|-----|--|
| ① 以下のi～iiiの項目の機器のうち1つ以上を使用                                                                                                          |     |          |   |                         |   |     |  |
| i 入所(利用)者1名以上に見守り機器を使用                                                                                                              | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |
| <table border="1"> <tr> <td>入所(利用)者数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数</td> <td>人</td> </tr> </table>          |     | 入所(利用)者数 | 人 | 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数 | 人 |     |  |
| 入所(利用)者数                                                                                                                            | 人   |          |   |                         |   |     |  |
| 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数                                                                                                             | 人   |          |   |                         |   |     |  |
| ii 職員全員がインカム等のICTを使用                                                                                                                | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |
| iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用<br>(導入機器)                                                                                | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |
| <table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用 途</td> <td></td> </tr> </table> |     | 名 称      |   | 製造事業者                   |   | 用 途 |  |
| 名 称                                                                                                                                 |     |          |   |                         |   |     |  |
| 製造事業者                                                                                                                               |     |          |   |                         |   |     |  |
| 用 途                                                                                                                                 |     |          |   |                         |   |     |  |
| ② 委員会において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認                                                                                          |     |          |   |                         |   |     |  |
| i ①の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保                                                                                                     | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |
| ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮                                                                                                    | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |
| iii 機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む)                                                                                                   | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |
| iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施                                                                                          | 有・無 |          |   |                         |   |     |  |

備考1 加算(Ⅰ)の要件①については、当該要件に係る各種指標に関する調査結果のデータを提出すること。

備考2 要件を満たすことが分かる委員会の議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考3 本加算を算定する場合は、事業年度毎に取組の実績をオンラインで厚生労働省に報告すること。

備考4 届出にあたっては、別途通知(「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」)を参照すること。

## 介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書

|          |                                                                                                                                  |                               |                               |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 事業所名   |                                                                                                                                  |                               |                               |
| 2 異動区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 人員配置区分 | <input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（在宅強化型） <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設（基本型）                                              |                               |                               |
| 4 届出項目   | <input type="checkbox"/> 1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（介護老人保健施設（基本型）のみ）<br><input type="checkbox"/> 2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（介護老人保健施設（強化型）のみ） |                               |                               |

|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況                           | A 在宅復帰率                                                |                                              |              |                                         |                                                            | 在宅復帰・在宅療養支援等指標                 |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 前6月間における居宅への退所者の延数（注1,2,3,4）                 | 人            | →                                       | ④ $\frac{①}{②-③} \times 100$ （注5）                          | %                              | → 50%超                     | <input type="checkbox"/> 20 |
|                                               | ②                                                      | 前6月間における退所者の延数（注3,4）                         | 人            |                                         |                                                            |                                | → 30%超50%以下                | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                               | ③                                                      | 前6月間における死亡した者の総数（注3）                         | 人            |                                         |                                                            |                                | → 30%以下                    | <input type="checkbox"/> 0  |
|                                               | B ベッド回転率                                               |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 直近3月間の延入所者数（注6）                              | 人            | →                                       | ④ $\frac{30.4 \div ① \times (②+③) \div 2 \times 100}{100}$ | %                              | → 10%以上                    | <input type="checkbox"/> 20 |
|                                               | ②                                                      | 直近3月間の新規入所者の延数（注6,7）                         | 人            |                                         |                                                            |                                | → 5%以上10%未満                | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                               | ③                                                      | 直近3月間の新規退所者数（注8）                             | 人            |                                         |                                                            |                                | → 5%未満                     | <input type="checkbox"/> 0  |
|                                               | C 入所前後訪問指導割合                                           |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 前3月間における新規入所者のうち、入所前後訪問指導を行った者の延数（注9,10,11）  | 人            | →                                       | ④ $① \div ② \times 100$ （注12）                              | %                              | → 30%以上                    | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                               | ②                                                      | 前3月間における新規入所者の延数（注11）                        | 人            |                                         |                                                            |                                | → 10%以上30%未満               | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                               | D 退所前後訪問指導割合                                           |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 前3月間における新規退所者のうち、退所前後訪問指導を行った者の延数（注13,14,15） | 人            | →                                       | ④ $① \div ② \times 100$ （注16）                              | %                              | → 30%以上                    | <input type="checkbox"/> 10 |
| ②                                             | 前3月間における居宅への新規退所者の延数（注15）                              | 人                                            | → 10%以上30%未満 |                                         |                                                            |                                | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| E 居宅サービスの実施状況                                 |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数（注17） |                                              | →            |                                         |                                                            | → 3サービス                        | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            | → 2サービス（訪問リハビリテーションを含む）        | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            | → 2サービス（訪問リハビリテーションを含まない）      | <input type="checkbox"/> 1 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            | → 1サービス以下                      | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| F リハ専門職員の配置割合                                 |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注18）         | 時間                                           | →            | ⑤ $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$ |                                                            | 5以上かつ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置（注19） | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 理学療法士等が前3月間に勤務すべき時間（注18,20）                            | 時間                                           |              |                                         |                                                            | → 5以上                          | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
| ③                                             | 算定日が属する月の前3月間における延入所者数（注21）                            | 人                                            |              |                                         |                                                            | → 3以上5未満                       | <input type="checkbox"/> 2 |                             |
| ④                                             | 算定日が属する月の前3月間の日数                                       | 日                                            |              |                                         |                                                            | → 3未満                          | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| G 支援相談員の配置割合                                  |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注22）          | 時間                                           | →            | ⑤ $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$ |                                                            | → 3以上                          | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 支援相談員が前3月間に勤務すべき時間（注20）                                | 時間                                           |              |                                         |                                                            | → 2以上3未満                       | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
| ③                                             | 前3月間における延入所者数（注21）                                     | 人                                            |              |                                         |                                                            | → 2未満                          | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| ④                                             | 前3月間の延日数                                               | 日                                            |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| H 要介護4又は5の割合                                  |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者の延日数                       | 日                                            | →            | ③ $① \div ② \times 100$                 | %                                                          | → 50%以上                        | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 当該施設における直近3月間の入所者延日数                                   | 日                                            |              |                                         |                                                            | → 35%以上50%未満                   | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            | → 35%未満                        | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| I 喀痰吸引の実施割合                                   |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| ①                                             | 直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数（注23,24）                     | 人                                            | →            | ③ $① \div ② \times 100$                 | %                                                          | → 10%以上                        | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 当該施設における直近3月間の延入所者数                                    | 人                                            |              |                                         |                                                            | → 5%以上10%未満                    | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            | → 5%未満                         | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| J 経管栄養の実施割合                                   |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| ①                                             | 直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数（注23,25）                     | 人                                            | →            | ③ $① \div ② \times 100$                 | %                                                          | → 10%以上                        | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 当該施設における直近3月間の延入所者数                                    | 人                                            |              |                                         |                                                            | → 5%以上10%未満                    | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            | → 5%未満                         | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| ↓                                             |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                |                            |                             |
| 上記評価項目（A～J）について、項目に応じた「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の合計値を記入 |                                                        |                                              |              |                                         |                                                            |                                | 合計                         |                             |

6 介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|---|----------------|---|-------------------------|---|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 基本型   | <table> <tr> <td>①</td><td>在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上</td></tr> <tr> <td>②</td><td>退所時指導等の実施（注26）</td></tr> <tr> <td>③</td><td>リハビリテーションマネジメントの実施（注27）</td></tr> <tr> <td>④</td><td>医師の詳細な指示の実施（注28）</td></tr> </table>                                                                                              | ① | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上 | ② | 退所時指導等の実施（注26） | ③ | リハビリテーションマネジメントの実施（注27） | ④ | 医師の詳細な指示の実施（注28） | <div>有</div> <div>・</div> <div>無</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ①       | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ②       | 退所時指導等の実施（注26）                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ③       | リハビリテーションマネジメントの実施（注27）                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ④       | 医師の詳細な指示の実施（注28）                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ② 在宅強化型 | <table> <tr> <td>①</td><td>在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上</td></tr> <tr> <td>②</td><td>退所時指導等の実施（注26）</td></tr> <tr> <td>③</td><td>リハビリテーションマネジメントの実施（注27）</td></tr> <tr> <td>④</td><td>医師の詳細な指示の実施（注28）</td></tr> <tr> <td>⑤</td><td>地域に貢献する活動の実施</td></tr> <tr> <td>⑥</td><td>充実したリハビリテーションの実施（注29）</td></tr> </table> | ① | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上 | ② | 退所時指導等の実施（注26） | ③ | リハビリテーションマネジメントの実施（注27） | ④ | 医師の詳細な指示の実施（注28） | ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 地域に貢献する活動の実施 | ⑥ | 充実したリハビリテーションの実施（注29） | <div>有</div> <div>・</div> <div>無</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> |
| ①       | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ②       | 退所時指導等の実施（注26）                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ③       | リハビリテーションマネジメントの実施（注27）                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ④       | 医師の詳細な指示の実施（注28）                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ⑤       | 地域に貢献する活動の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ⑥       | 充実したリハビリテーションの実施（注29）                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                         |   |                |   |                         |   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

7 在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出内容

|                      |                                                                                                                                                                                            |   |                                                 |   |                         |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------|---|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） | <table> <tr> <td>①</td><td>「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「①基本型」の項目が全て「有」</td></tr> <tr> <td>②</td><td>在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上</td></tr> <tr> <td>③</td><td>地域に貢献する活動の実施</td></tr> </table> | ① | 「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「①基本型」の項目が全て「有」   | ② | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上 | ③                                                                                                                                                                                                                | 地域に貢献する活動の実施 | <div>有</div> <div>・</div> <div>無</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> |
| ①                    | 「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「①基本型」の項目が全て「有」                                                                                                                                              |   |                                                 |   |                         |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                  |
| ②                    | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上                                                                                                                                                                    |   |                                                 |   |                         |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                  |
| ③                    | 地域に貢献する活動の実施                                                                                                                                                                               |   |                                                 |   |                         |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                  |
| ② 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） | <table> <tr> <td>①</td><td>「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「②在宅強化型」の項目が全て「有」</td></tr> <tr> <td>②</td><td>在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上</td></tr> </table>                                         | ① | 「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「②在宅強化型」の項目が全て「有」 | ② | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上 | <div>有</div> <div>・</div> <div>無</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>・</div> <div><input type="checkbox"/></div> |              |                                                                                                                                                                                                                  |
| ①                    | 「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「②在宅強化型」の項目が全て「有」                                                                                                                                            |   |                                                 |   |                         |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                  |
| ②                    | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上                                                                                                                                                                    |   |                                                 |   |                         |                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                  |

注1：当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数。  
注2：居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
注3：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。  
注4：退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。  
注5：分母（②～④の値）が0の場合、④は0%とする。  
注6：入所者とは、毎日24時間現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。  
注7：新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。  
また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。  
注8：当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。  
注9：居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の数。  
また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
注10：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。  
注11：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、入所者数には算入しない。  
注12：分母（②の値）が0の場合、④は0%とする。  
注13：退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。  
また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
注14：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。  
注15：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。  
注16：分母（②の値）が0の場合、④は0%とする。  
注17：当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含む。  
注18：理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。  
注19：常勤換算方法で入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100で乗じた数が0.2以上であること。  
注20：1週間に勤務すべき時間数が32時間を基本とする。  
注21：毎日24時間現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。  
注22：支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。  
① 入所者及び家族の処遇上の相談、② レクリエーション等の計画、指導、③ 市町村との連携、④ ボランティアの指導  
注23：喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。  
注24：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。  
注25：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士の栄養ケア・マネジメントを実施するもの（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。  
注26：退所者（当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。）の退所後30日以内（当該退所者の退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあつては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。  
注27：入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。  
注28：医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士等に対し、リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。  
注29：入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。  
※ 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。  
※ この届出は令和6年9月サービス提供分まで使用可能です。令和6年10月サービス提供分以降は別紙29-2を使用してください。

## 介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書

|          |                                                                                                                                  |                               |                               |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 事業所名   |                                                                                                                                  |                               |                               |
| 2 異動区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 人員配置区分 | <input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（在宅強化型） <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設（基本型）                                              |                               |                               |
| 4 届出項目   | <input type="checkbox"/> 1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（介護老人保健施設（基本型）のみ）<br><input type="checkbox"/> 2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（介護老人保健施設（強化型）のみ） |                               |                               |

|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況                           | A 在宅復帰率                                                |                                              |              |              |                                       | 在宅復帰・在宅療養支援等指標                               |                                  |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 前6月間における居宅への退所者の延数（注1,2,3,4）                 | 人            | →            | ④                                     | $\frac{①}{②+③} \times 100$ （注5）              | %                                | → 50%超                     | <input type="checkbox"/> 20 |
|                                               | ②                                                      | 前6月間における退所者の延数（注3,4）                         | 人            |              | → 30%超50%以下                           | <input type="checkbox"/> 10                  |                                  |                            |                             |
|                                               | ③                                                      | 前6月間における死亡した者の総数（注3）                         | 人            |              | → 30%以下                               | <input type="checkbox"/> 0                   |                                  |                            |                             |
|                                               | B ベッド回転率                                               |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 直近3月間の延入所者数（注6）                              | 人            | →            | ④                                     | $30.4 \div ① \times (②+③) \div 2 \times 100$ | %                                | → 10%以上                    | <input type="checkbox"/> 20 |
|                                               | ②                                                      | 直近3月間の新規入所者の延数（注6,7）                         | 人            |              | → 5%以上10%未満                           | <input type="checkbox"/> 10                  |                                  |                            |                             |
|                                               | ③                                                      | 直近3月間の新規退所者数（注8）                             | 人            |              | → 5%未満                                | <input type="checkbox"/> 0                   |                                  |                            |                             |
|                                               | C 入所前後訪問指導割合                                           |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 前3月間における新規入所者のうち、入所前後訪問指導を行った者の延数（注9,10,11）  | 人            | →            | ④                                     | $① \div ② \times 100$ （注12）                  | %                                | → 35%以上                    | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                               | ②                                                      | 前3月間における新規入所者の延数（注11）                        | 人            |              | → 15%以上35%未満                          | <input type="checkbox"/> 5                   |                                  |                            |                             |
|                                               | D 退所前後訪問指導割合                                           |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
|                                               | ①                                                      | 前3月間における新規退所者のうち、退所前後訪問指導を行った者の延数（注13,14,15） | 人            | →            | ④                                     | $① \div ② \times 100$ （注16）                  | %                                | → 35%以上                    | <input type="checkbox"/> 10 |
| ②                                             | 前3月間における居宅への新規退所者の延数（注15）                              | 人                                            | → 15%以上35%未満 |              | <input type="checkbox"/> 5            |                                              |                                  |                            |                             |
| E 居宅サービスの実施状況                                 |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数（注17） |                                              | →            |              |                                       |                                              | → 3サービス                          | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              | → 2サービス（訪問リハビリテーションを含む）          | <input type="checkbox"/> 3 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              | → 2サービス（訪問リハビリテーションを含まない）        | <input type="checkbox"/> 1 |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              | → 1サービス以下                        | <input type="checkbox"/> 0 |                             |
| F リハ専門職員の配置割合                                 |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注18）         | 時間                                           | →            | ⑤            | $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$ |                                              | → 5以上かつ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置（注19） | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 理学療法士等が前3月間に勤務すべき時間（注18,20）                            | 時間                                           |              | → 5以上        | <input type="checkbox"/> 3            |                                              |                                  |                            |                             |
| ③                                             | 算定日が属する月の前3月間における延入所者数（注21）                            | 人                                            |              | → 3以上5未満     | <input type="checkbox"/> 2            |                                              |                                  |                            |                             |
| ④                                             | 算定日が属する月の前3月間の日数                                       | 日                                            |              | → 3未満        | <input type="checkbox"/> 0            |                                              |                                  |                            |                             |
| G 支援相談員の配置割合                                  |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注22）          | 時間                                           | →            | ⑤            | $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$ |                                              | → 3以上かつ社会福祉士1人以上                 | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 支援相談員が前3月間に勤務すべき時間（注20）                                | 時間                                           |              | → 3以上        | <input type="checkbox"/> 3            |                                              |                                  |                            |                             |
| ③                                             | 前3月間における延入所者数（注21）                                     | 人                                            |              | → 2以上3未満     | <input type="checkbox"/> 1            |                                              |                                  |                            |                             |
| ④                                             | 前3月間の延日数                                               | 日                                            |              | → 2未満        | <input type="checkbox"/> 0            |                                              |                                  |                            |                             |
| H 要介護4又は5の割合                                  |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| ①                                             | 前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者の延日数                       | 日                                            | →            | ③            | $① \div ② \times 100$                 | %                                            | → 50%以上                          | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 当該施設における直近3月間の入所者延日数                                   | 日                                            |              | → 35%以上50%未満 | <input type="checkbox"/> 3            |                                              |                                  |                            |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       | → 35%未満                                      | <input type="checkbox"/> 0       |                            |                             |
| I 喀痰吸引の実施割合                                   |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| ①                                             | 直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数（注23,24）                     | 人                                            | →            | ③            | $① \div ② \times 100$                 | %                                            | → 10%以上                          | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 当該施設における直近3月間の延入所者数                                    | 人                                            |              | → 5%以上10%未満  | <input type="checkbox"/> 3            |                                              |                                  |                            |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       | → 5%未満                                       | <input type="checkbox"/> 0       |                            |                             |
| J 経管栄養の実施割合                                   |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| ①                                             | 直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数（注23,25）                     | 人                                            | →            | ③            | $① \div ② \times 100$                 | %                                            | → 10%以上                          | <input type="checkbox"/> 5 |                             |
| ②                                             | 当該施設における直近3月間の延入所者数                                    | 人                                            |              | → 5%以上10%未満  | <input type="checkbox"/> 3            |                                              |                                  |                            |                             |
|                                               |                                                        |                                              |              |              |                                       | → 5%未満                                       | <input type="checkbox"/> 0       |                            |                             |
| ↓                                             |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  |                            |                             |
| 上記評価項目（A～J）について、項目に応じた「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の合計値を記入 |                                                        |                                              |              |              |                                       |                                              |                                  | 合計                         |                             |

6 介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容

|         |   |                         |                               |        |                               |
|---------|---|-------------------------|-------------------------------|--------|-------------------------------|
| ① 基本型   | ① | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上 | 有<br><input type="checkbox"/> | ・<br>. | 無<br><input type="checkbox"/> |
|         | ② | 退所時指導等の実施（注26）          | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         | ③ | リハビリテーションマネジメントの実施（注27） | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         | ④ | 医師の詳細な指示の実施（注28）        | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         |   |                         |                               |        |                               |
| ② 在宅強化型 | ① | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上 | 有<br><input type="checkbox"/> | ・<br>. | 無<br><input type="checkbox"/> |
|         | ② | 退所時指導等の実施（注26）          | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         | ③ | リハビリテーションマネジメントの実施（注27） | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         | ④ | 医師の詳細な指示の実施（注28）        | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         | ⑤ | 地域に貢献する活動の実施            | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|         | ⑥ | 充実したリハビリテーションの実施（注29）   | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |

7 在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出内容

|                      |   |                                                 |                               |        |                               |
|----------------------|---|-------------------------------------------------|-------------------------------|--------|-------------------------------|
| ① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） | ① | 「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「①基本型」の項目が全て「有」   | 有<br><input type="checkbox"/> | ・<br>. | 無<br><input type="checkbox"/> |
|                      | ② | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上                         | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
|                      | ③ | 地域に貢献する活動の実施                                    | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |
| ② 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） | ① | 「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「②在宅強化型」の項目が全て「有」 | 有<br><input type="checkbox"/> | ・<br>. | 無<br><input type="checkbox"/> |
|                      | ② | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上                         | <input type="checkbox"/>      | ・<br>. | <input type="checkbox"/>      |

- 注1：当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数。  
 注2：居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
 注3：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。  
 注4：退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。  
 注5：分母（②～④の値）が0の場合、④は0%とする。  
 注6：入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。  
 注7：新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。  
 また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。  
 注8：当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。  
 注9：居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の数。  
 また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
 注10：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。  
 注11：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、入所者数には算入しない。  
 注12：分母（②の値）が0の場合、④は0%とする。  
 注13：退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。  
 また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
 注14：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。  
 注15：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。  
 注16：分母（②の値）が0の場合、④は0%とする。  
 注17：当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含む。  
 注18：理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。  
 注19：常勤換算方法で入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100で乗じた数が0.2以上であること。  
 注20：1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。  
 注21：毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。  
 注22：支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。  
 ① 入所者及び家族の処遇上の相談、② レクリエーション等の計画、指導、③ 市町村との連携、④ ボランティアの指導  
 注23：喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。  
 注24：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔機能加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理体制加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。  
 注25：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施するもの（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。  
 注26：退所者（当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。）の退所後30日以内（当該退所者の退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあつては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。  
 注27：入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。  
 注28：医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士等に対し、リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。  
 注29：入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。

※ 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。

## 介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出書

|          |                                                                                           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名   |                                                                                           |
| 2 異動区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 人員配置区分 | <input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（療養型）                                                  |
| 4 届出項目   | <input type="checkbox"/> 1 療養体制維持特別加算（Ⅱ）（介護老人保健施設（療養型）のみ）                                 |

## 5 介護老人保健施設（療養型）に係る届出内容

|               |                |                                 |  |       |      |         |                                                              |                         |                                                              |
|---------------|----------------|---------------------------------|--|-------|------|---------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① 新規入所者の状況（注） | ①              | 前12月の新規入所者の総数                   |  | 人     |      | → 35%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                         |                                                              |
|               | ②              | ①のうち、医療機関を退院し入所した者の総数           |  | 人     |      |         |                                                              |                         |                                                              |
|               | ③              | ①のうち、自宅等から入所した者の総数              |  | 人     |      |         |                                                              |                         |                                                              |
|               | ④              | （①に占める②の割合）－（①に占める③の割合）         |  | %     |      |         |                                                              |                         |                                                              |
|               | ② 入所者・利用者の利用状況 |                                 |  | 前々々月末 | 前々月末 | 前月末     | 平均                                                           | 3月間の平均<br>又は<br>→ 20%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ①             |                | 前3月の入所者及び利用者の総数                 |  | 人     | 人    | 人       |                                                              |                         |                                                              |
| ②             |                | ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者 |  | 人     | 人    | 人       |                                                              |                         |                                                              |
| ③             |                | ①に占める②の割合                       |  | %     | %    | %       | %                                                            |                         |                                                              |
| ④             |                | ①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者及び利用者  |  | 人     | 人    | 人       |                                                              |                         |                                                              |
| ⑤             |                | ①に占める④の割合                       |  | %     | %    | %       | %                                                            |                         |                                                              |

## 6 療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出内容

|               |   |                                   |       |      |     |    |                         |                                                              |   |
|---------------|---|-----------------------------------|-------|------|-----|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------|---|
| ① 入所者及び利用者の状況 |   |                                   | 前々々月末 | 前々月末 | 前月末 | 平均 | 3月間の平均<br>かつ<br>→ 50%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |
|               | ① | 前3月の入所者及び利用者の総数                   |       | 人    | 人   | 人  |                         |                                                              |   |
|               | ② | ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者   |       | 人    | 人   | 人  |                         |                                                              |   |
|               | ③ | ①に占める②の割合                         |       | %    | %   | %  |                         |                                                              | % |
|               | ④ | ①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者 |       | 人    | 人   | 人  |                         |                                                              |   |
|               | ⑤ | ①に占める④の割合                         |       | %    | %   | %  |                         |                                                              | % |

注：当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用する。

※ 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。

病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2 異動区分       | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3 人員配置区分（注1） | <input type="checkbox"/> 1 病院療養病床短期入所療養介護（Ⅰ型（療養機能強化型A））<br><input type="checkbox"/> 2 病院療養病床短期入所療養介護（Ⅰ型（療養機能強化型B））<br><input type="checkbox"/> 3 病院療養病床短期入所療養介護（Ⅱ型（療養機能強化型B））<br><input type="checkbox"/> 4 病院療養病床短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型A））<br><input type="checkbox"/> 5 病院療養病床短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型B））<br><input type="checkbox"/> 6 診療所短期入所療養介護（Ⅰ型（療養機能強化型A））<br><input type="checkbox"/> 7 診療所短期入所療養介護（Ⅰ型（療養機能強化型B））<br><input type="checkbox"/> 8 診療所短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型A））<br><input type="checkbox"/> 9 診療所短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型B）） |

|                                       |   |                                 |                               |                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）に係る届出内容 |   |                                 |                               |                                                                                                                                                                                                          |
| ① 重度者の割合                              | ① | 前3月間の入院患者等の総数                   | 人                             | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br>（人員配置区分5のみ）                                                                       |
|                                       | ② | ①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注2）         | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ③ | ①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注2）      | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ④ | ②と③の和                           | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ⑤ | ①に占める④の割合                       | %                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       |   |                                 |                               |                                                                                                                                                                                                          |
| ② 医療処置の実施状況                           | ① | 前3月間の入院患者等の総数                   | 人                             | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br>（人員配置区分2、3）<br>（人員配置区分5のみ） |
|                                       | ② | 前3月間の喀痰吸引を実施した入院患者等の総数（注3・4）    | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ③ | 前3月間の経管栄養を実施した入院患者等の総数（注3・5）    | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ④ | 前3月間のインスリン注射を実施した入院患者等の総数（注3・6） | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ⑤ | ②から④の和                          | 人                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ⑥ | ①に占める⑤の割合                       | %                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       |   |                                 | → 50%以上<br>→ 30%以上<br>→ 20%以上 |                                                                                                                                                                                                          |
| ③ ターミナルケアの実施状況                        | ① | 前3月間の入院患者延日数                    | 日                             | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br>（人員配置区分2、3、5）                                                                     |
|                                       | ② | 前3月間のターミナルケアの対象者延日数             | 日                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       | ③ | ①に占める②の割合（注7）                   | %                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                       |   |                                 |                               |                                                                                                                                                                                                          |
| ④ 生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施             |   |                                 |                               | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                             |
| ⑤ 地域に貢献する活動の実施                        |   |                                 |                               | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                             |

注1：・人員配置区分1、4、6、8を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が50%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が10%以上を満たす必要がある。  
 ・人員配置区分2、3、5を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が30%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。  
 ・人員配置区分7、9を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が40%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が20%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。

注2：②及び③のいずれにも該当する者については、いずれか一方についてのみ含めること。

注3：②、③及び④のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注4：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であって、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。

注5：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であって、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施するもの（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。

注6：自ら実施する者は除く。

※ 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。

## 介護医療院（Ⅰ型）の基本施設サービス費に係る届出書

|          |                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名   |                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2 異動区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                         |
| 3 人員配置区分 | <input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型介護医療院サービス費Ⅰ（（ユニット型）Ⅰ型療養床、看護6:1、介護4:1）（併設型小規模介護医療院）<br><input type="checkbox"/> 2 Ⅰ型介護医療院サービス費Ⅱ（（ユニット型）Ⅰ型療養床、看護6:1、介護4:1）（併設型小規模介護医療院）<br><input type="checkbox"/> 3 Ⅰ型介護医療院サービス費Ⅲ（Ⅰ型療養床、看護6:1、介護5:1） |

## 4 介護医療院（Ⅰ型）に係る届出内容

|                                                   |   |                                |   |                                                  |                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 重度者の割合                                          | ① | 前3月間の入所者等の総数                   | 人 | → 50%以上<br>（人員配置区分1～3）                           | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |
|                                                   | ② | ①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注1）        | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ③ | ①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注1）     | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ④ | ②と③の和                          | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ⑤ | ①に占める④の割合                      | % |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   |   |                                |   |                                                  |                                                                                                                     |
| ② 医療処置の実施状況                                       | ① | 前3月間の入所者等の総数                   | 人 | → 50%以上<br>（人員配置区分1のみ）<br>→ 30%以上<br>（人員配置区分2、3） | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ② | 前3月間の喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）    | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ③ | 前3月間の経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）    | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ④ | 前3月間のインスリン注射を実施した入所者等の総数（注2・5） | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ⑤ | ②から④の和                         | 人 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ⑥ | ①に占める⑤の割合                      | % |                                                  |                                                                                                                     |
| ③ ターミナルケアの実施状況                                    | ① | 前3月間の入所者延日数                    | 日 | → 10%以上<br>（人員配置区分1のみ）<br>→ 5%以上<br>（人員配置区分2、3）  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ② | 前3月間のターミナルケアの対象者延日数            | 日 |                                                  |                                                                                                                     |
|                                                   | ③ | ①に占める②の割合                      | % |                                                  |                                                                                                                     |
| ④ 生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施                         |   |                                |   |                                                  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |
| ⑤ 地域に貢献する活動の実施<br>（平成30年度中に限り、平成31年度中において実施する見込み） |   |                                |   |                                                  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                        |

注1：・人員配置区分1を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が50%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が10%以上を満たす必要がある。

・人員配置区分2、3を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が30%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。

注1：②及び③のいずれにも該当する者については、いずれか一方についてのみ含めること。

注2：②、③及び④のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注3：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。

注4：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。

注5：自ら実施する者は除く。

※ 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。

## 介護医療院（Ⅱ型）の基本施設サービス費に係る届出書

|          |                                                                                                                                                                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名   |                                                                                                                                                                                                         |
| 2 異動区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                               |
| 3 人員配置区分 | <input type="checkbox"/> Ⅱ型介護医療院サービス費Ⅰ（（ユニット型）Ⅱ型療養床、看護6:1、介護4:1）（併設型小規模介護医療院）<br><input type="checkbox"/> Ⅱ型介護医療院サービス費Ⅱ（Ⅱ型療養床、看護6:1、介護5:1）<br><input type="checkbox"/> Ⅱ型介護医療院サービス費Ⅲ（Ⅱ型療養床、看護6:1、介護6:1） |

## 4 介護医療院（Ⅱ型療養床）に係る届出内容

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |   |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|--------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|---------------|---|--------------------------------------------------------------|
| （医療処置の実施状況） <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>前3月間の入所者等の総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者等</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①に占める②の割合（注4）</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>①に占める④の割合（注5）</td> <td>%</td> </tr> </table> |                                   |   | ①                                                            | 前3月間の入所者等の総数 | 人 | ② | ①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者等  | 人 | ③ | ①に占める②の割合（注4）               | % | ④ | ①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者 | 人 | ⑤ | ①に占める④の割合（注5） | % | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 前3月間の入所者等の総数                      | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者等        | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ③                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①に占める②の割合（注4）                     | % |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ④                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者 | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①に占める④の割合（注5）                     | % |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| （重度者の割合） <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>前3月間の入所者等の総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち、喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①のうち、経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>②と③の和</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>①に占める④の割合（注6）</td> <td>%</td> </tr> </table>                 |                                   |   | ①                                                            | 前3月間の入所者等の総数 | 人 | ② | ①のうち、喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3） | 人 | ③ | ①のうち、経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4） | 人 | ④ | ②と③の和                             | 人 | ⑤ | ①に占める④の割合（注6） | % |                                                              |
| ①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 前3月間の入所者等の総数                      | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①のうち、喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）       | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ③                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①のうち、経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）       | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ④                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ②と③の和                             | 人 |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①に占める④の割合（注6）                     | % |                                                              |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| 「医療処置の実施状況」における③の割合が20%以上、⑤の割合が25%以上、「重度者の割合」における⑤の割合が15%以上のいずれかを満たす                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |   | → <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>        |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |
| ターミナルケアの実施体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |              |   |   |                             |   |   |                             |   |   |                                   |   |   |               |   |                                                              |

注1：②及び③のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注2：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。

注3：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。

注4：小規模介護医療院の場合は、①に占める②の割合と、19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積を記入すること。

注5：小規模介護医療院の場合は、①に占める④の割合と、19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積を記入すること。

注6：小規模介護医療院の場合は、①に占める④の割合と、19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積を記入すること。

※ 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。

## 介護医療院における重度認知症疾患療養体制加算に係る届出書

|        |                                             |                                             |                               |
|--------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| 1 事業所名 |                                             |                                             |                               |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規               | <input type="checkbox"/> 2 変更               | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> 2 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ） |                               |

## 4 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）に係る届出

|               |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
|---------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| ① 体制          | ① 看護職員の数が、常勤換算方法で、4：1以上であること（注1）                  |                                                   | →                                                 | 1人以上                                              | 有                            | 無                        |   |
|               | ② 専任の精神保健福祉士の数（注2）                                | 人                                                 | →                                                 | 1人以上                                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|               | ③ 専任の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数                         | 人                                                 | →                                                 | 1人以上                                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
| ② 入所者の状況      | ① 当該介護医療院における入所者等の数                               | 人                                                 |                                                   |                                                   | 有                            | 無                        |   |
|               | ② ①のうち、認知症の者の数（注3）                                | 人                                                 |                                                   |                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|               | ③ ①に占める②の割合                                       | %                                                 | →                                                 | 100%                                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|               | ④ 前3月における認知症の者の延入所者数（注3）                          | 人                                                 |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
|               | ⑤ 前3月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb以上に該当する者の延入所者数       | 人                                                 |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
|               | ⑥ ④に占める⑤の割合                                       | %                                                 | →                                                 | 50%以上                                             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
| ③ 連携状況        | 連携する精神科病院の名称                                      |                                                   |                                                   |                                                   | 有                            | 無                        |   |
|               |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|               |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
| ④ 身体拘束廃止未実施減算 |                                                   | 前々々月末                                             | 前々月末                                              | 前月末                                               | → 全て「無」の場合、右の「有」を「■」にしてください。 | 有                        | 無 |
|               | ① 前3月間における身体拘束廃止未実施減算の算定実績                        | 有・無                                               | 有・無                                               | 有・無                                               |                              |                          |   |
|               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                              |                          |   |

## 5 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）に係る届出

|                                           |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| ① 体制                                      | ① 看護職員の数が、常勤換算方法で、4：1以上であること                      |                                                   | →                                                 | 1人以上                                              | 有                            | 無                        |   |
|                                           | ② 専従の精神保健福祉士の数（注2）                                | 人                                                 | →                                                 | 1人以上                                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|                                           | ③ 専従の作業療法士の総数                                     | 人                                                 | →                                                 | 1人以上                                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
| ② 床面積60m <sup>2</sup> 以上の生活機能回復訓練室の有無（注4） |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | 有                            | 無                        |   |
|                                           |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
| ③ 入所者の状況                                  | ① 当該介護医療院における入所者等の総数                              | 人                                                 |                                                   |                                                   | 有                            | 無                        |   |
|                                           | ② ①のうち、認知症の者の数（注3）                                | 人                                                 |                                                   |                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|                                           | ③ ①に占める②の割合                                       | %                                                 | →                                                 | 100%                                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|                                           | ④ 前3月における認知症の者の延入所者数（注3）                          | 人                                                 |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
|                                           | ⑤ 前3月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ以上に該当する者の延入所者数        | 人                                                 |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
|                                           | ⑥ ④に占める⑤の割合                                       | %                                                 | →                                                 | 50%以上                                             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
| ④ 連携状況                                    | 連携する精神科病院の名称                                      |                                                   |                                                   |                                                   | 有                            | 無                        |   |
|                                           |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |   |
|                                           |                                                   |                                                   |                                                   |                                                   |                              |                          |   |
| ⑤ 身体拘束廃止未実施減算                             |                                                   | 前々々月末                                             | 前々月末                                              | 前月末                                               | → 全て「無」の場合、右の「有」を「■」にしてください。 | 有                        | 無 |
|                                           | ① 前3月間における身体拘束廃止未実施減算の算定実績                        | 有・無                                               | 有・無                                               | 有・無                                               |                              |                          |   |
|                                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                              |                          |   |

注1：看護職員の数については、当該介護医療院における入所者等の数を4をもって除した数（その数が1に満たないときは、1とし、その数に1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。）から当該介護医療院における入所者等の数を6をもって除した数（その数が1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。）を減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。

注2：精神保健福祉士とは、精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第二条に規定する精神保健福祉士又はこれに準ずる者をいう。

注3：認知症と確定診断されていること。ただし、入所者については、入所後3か月間に限り、認知症の確定診断を行うまでの間はMMSE（Mini Mental State Examination）において23点以下の者又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において20点以下の者を含むものとする。短期入所療養介護の利用者については、認知症と確定診断を受けた者に限る。

注4：生活機能回復訓練室については、機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルーム等と区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えない。また、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合は、他の施設と兼用して差し支えない。

## 入居継続支援加算に係る届出書

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                           |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護     |
| 4 届出区分 | <input type="checkbox"/> 1 入居継続支援加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 入居継続支援加算（Ⅱ）             |

|                          |                                                                                                                   |                                                     |                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 4 入居継続支援加算（Ⅰ）に係る届出       |                                                                                                                   |                                                     |                                                     |
| 入居者の状況<br>及び介護福祉士<br>の状況 | 入居者の状況                                                                                                            |                                                     |                                                     |
|                          | ① 入居者（要介護）総数                                                                                                      | 人                                                   | 有 ・ 無                                               |
|                          | ② ①のうち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数                                                                       | 人 → ①に占める②の割合が15%以上                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                          | 又は                                                                                                                |                                                     |                                                     |
|                          | ③ ①のうち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及び「尿道カテーテル留置を実施している状態」、「在宅酸素療法を実施している状態」、「インスリン注射を実施している状態」のいずれかに該当する者の数 | 人 → ①に占める③の割合が15%以上                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                          | 看護職員の状況                                                                                                           |                                                     | 有 ・ 無                                               |
|                          | ④ 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。<br>※④は、③が「有」に該当する場合のみ届け出ること。                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 介護福祉士の割合                 |                                                                                                                   | 有 ・ 無                                               |                                                     |
| ⑤ 介護福祉士数                 | 常勤換算                                                                                                              | 人 → 介護福祉士数：入所者数が1：6以上                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 事業所の状況                   |                                                                                                                   | 有 ・ 無                                               |                                                     |
| ⑥ 人員基準欠如に該当していない。        |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                     |
| 5 入居継続支援加算（Ⅱ）に係る届出       |                                                                                                                   |                                                     |                                                     |
| 入居者の状況<br>及び介護福祉士<br>の状況 | 入居者の状況                                                                                                            |                                                     |                                                     |
|                          | ① 入居者（要介護）総数                                                                                                      | 人                                                   | 有 ・ 無                                               |
|                          | ② ①のうち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数                                                                       | 人 → ①に占める②の割合が5%以上                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                          | 又は                                                                                                                |                                                     |                                                     |
|                          | ③ ①のうち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及び「尿道カテーテル留置を実施している状態」、「在宅酸素療法を実施している状態」、「インスリン注射を実施している状態」のいずれかに該当する者の数 | 人 → ①に占める③の割合が5%以上                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                          | 看護職員の状況                                                                                                           |                                                     | 有 ・ 無                                               |
|                          | ④ 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。<br>※④は、③が「有」の場合に届け出ること。                                                          |                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 介護福祉士の割合                 |                                                                                                                   | 有 ・ 無                                               |                                                     |
| ⑤ 介護福祉士数                 | 常勤換算                                                                                                              | 人 → 介護福祉士数：入所者数が1：6以上                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 事業所の状況                   |                                                                                                                   | 有 ・ 無                                               |                                                     |
| ⑥ 人員基準欠如に該当していない。        |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                     |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

## テクノロジーの導入による入居継続支援加算に関する届出書

|                                                                     |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|-------|--|-----|--|--|
| 1 事業所名                                                              |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 2 異動区分                                                              | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                           |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 3 施設種別                                                              | <input type="checkbox"/> 1 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護                                               |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 4 届出区分                                                              | <input type="checkbox"/> 1 入居継続支援加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 入居継続支援加算（Ⅱ）                                                       |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 5-1 入居継続支援加算（Ⅰ）に係る届出                                                |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 入居者の状況<br>及び介護福祉士<br>の状況                                            | 入居者の状況                                                                                                                              |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ① 入居者（要介護）総数                                                                                                                        | 人                                                            | 有 ・ 無                                                        |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ② ①のうち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数                                                                                         | 人 → ①に占める②の割合が15%以上                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | 又は                                                                                                                                  |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ③ ①のうち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及び「尿道カテーテル留置を実施している状態」、「在宅酸素療法を実施している状態」、「インスリン注射を実施している状態」のいずれかに該当する者の数                   | 人 → ①に占める③の割合が15%以上                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | 看護職員の状況                                                                                                                             |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ④ 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。<br>※④は、③が「有」の場合に届け出ること。                                                                            |                                                              | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |  |       |  |     |  |  |
| 介護福祉士の割合                                                            |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ⑤ 介護福祉士数      常勤換算                                                  | 人 → 介護福祉士数：入所者数が1：7以上                                                                                                               | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 事業所の状況                                                              |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ⑥ 人員基準欠如に該当していない。                                                   |                                                                                                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 5-2 入居継続支援加算（Ⅱ）に係る届出                                                |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 入居者の状況<br>及び介護福祉士<br>の状況                                            | 入居者の状況                                                                                                                              |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ① 入居者（要介護）総数                                                                                                                        | 人                                                            | 有 ・ 無                                                        |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ② ①のうち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数                                                                                         | 人 → ①に占める②の割合が5%以上                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | 又は                                                                                                                                  |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ③ ①のうち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及び「尿道カテーテル留置を実施している状態」、「在宅酸素療法を実施している状態」、「インスリン注射を実施している状態」のいずれかに該当する者の数                   | 人 → ①に占める③の割合が5%以上                                           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | 看護職員の状況                                                                                                                             |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ④ 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。<br>※④は、③が「有」の場合に届け出ること。                                                                            |                                                              | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |  |       |  |     |  |  |
| 介護福祉士の割合                                                            |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ⑤ 介護福祉士数      常勤換算                                                  | 人 → 介護福祉士数：入所者数が1：7以上                                                                                                               | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 事業所の状況                                                              |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ⑥ 人員基準欠如に該当していない。                                                   |                                                                                                                                     | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 5 テクノロジーの使用状況                                                       | 以下の①から④の取組をすべて実施していること。                                                                                                             |                                                              | 有 ・ 無                                                        |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ① テクノロジーを搭載した機器について、少なくとも以下のi～iiiの項目の機器を使用                                                                                          |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | i 入所者全員に見守り機器を使用                                                                                                                    |                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | ii 職員全員がインカムを使用                                                                                                                     |                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | iii 介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用                                                                                                         |                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | iv 移乗支援機器を使用                                                                                                                        |                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | (導入機器)                                                                                                                              |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | <table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用 途</td> <td></td> </tr> </table> |                                                              | 名 称                                                          |  | 製造事業者 |  | 用 途 |  |  |
|                                                                     | 名 称                                                                                                                                 |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
|                                                                     | 製造事業者                                                                                                                               |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| 用 途                                                                 |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ② 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施 |                                                                                                                                     |                                                              |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| i 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に                                    |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件へ                                       |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）                                   |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育                                             |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ③ ②のiの委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認                          |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |                                                              |  |       |  |     |  |  |
| ④ ケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して実施                           |                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |                                                              |  |       |  |     |  |  |

備考1 要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 5②iの委員会には、介護福祉士をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

## 夜間看護体制加算に係る届出書

|                                                                         |                                                                                       |                               |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. 事業所名                                                                 |                                                                                       |                               |                                                              |
| 2. 異動区分                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                         | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了                                |
| 3. 施設種別                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 |                               |                                                              |
| 4. 届出項目                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 夜間看護体制加算（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 夜間看護体制加算（Ⅱ）      |                               |                                                              |
| 5. 夜間看護体制加算（Ⅰ）に係る届出内容                                                   |                                                                                       |                               |                                                              |
| 看護職員の状況                                                                 |                                                                                       |                               |                                                              |
| 保健師                                                                     | 常勤                                                                                    | 人                             |                                                              |
| 看護師                                                                     | 常勤                                                                                    | 人                             |                                                              |
| 准看護師                                                                    | 常勤                                                                                    | 人                             |                                                              |
| 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<br>の数が一名以上である。                            |                                                                                       |                               | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 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。                                              |                                                                                       |                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
| 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利<br>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<br>ている。 |                                                                                       |                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
| 6. 夜間看護体制加算（Ⅱ）に係る届出内容                                                   |                                                                                       |                               |                                                              |
| 看護職員の状況                                                                 |                                                                                       |                               |                                                              |
| 保健師                                                                     | 常勤                                                                                    | 人                             |                                                              |
| 看護師                                                                     | 常勤                                                                                    | 人                             |                                                              |
| 准看護師                                                                    | 常勤                                                                                    | 人                             |                                                              |
| 24時間常時連絡できる体制を整備している。                                                   |                                                                                       |                               | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 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。                                              |                                                                                       |                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |
| 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利<br>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<br>ている。 |                                                                                       |                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |

## 看取り介護体制に係る届出書

|       |                                     |                                                             |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                     |                                                             |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規       | <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設                    |

## 看取り介護体制に関する届出内容

## 看護職員の状況

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 看護師 | 常勤 | 人 |
|-----|----|---|

## 連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

| 病院・診療所・訪問看護ステーション名 | 事業所番号 |
|--------------------|-------|
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

|                                                                                             | 有 ・ 無                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。                                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③ 医師、看護職員、生活相談員、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、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体制を整備している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。                                                                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。                                                        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 配置医師緊急時対応加算の算定体制の届出をしている。                                                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑦ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

## 看取り介護体制に係る届出書

|       |                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                           |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護        |

## 1 看取り介護体制に関する届出内容（看取り介護加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通）

## 看護職員の状況

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 看護師 | 常勤 | 人 |
|-----|----|---|

## 連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

| 病院・診療所・訪問看護ステーション名 | 事業所番号 |
|--------------------|-------|
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

|                                                                                              | 有 ・ 無                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 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説明し、同意を得る体制を整備している。                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② 医師、看護職員、生活相談員、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、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体制を整備している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。                                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。                                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 夜間看護体制加算の届出をしている。                                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

## 高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                                                                                                  |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 7 介護医療院 |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)                                                                                                                                                                                                             |

## 5 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) に係る届出

連携している第二種協定指定医療機関

|       |         |
|-------|---------|
| 医療機関名 | 医療機関コード |
|       |         |

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

|                 |                                                                                                                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関名 (※1)      | 医療機関コード                                                                                                                                                    |
|                 |                                                                                                                                                            |
| 医療機関が届け出ている診療報酬 | <input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2<br><input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3 <input type="checkbox"/> 4 外来感染対策向上加算 |

|                |
|----------------|
| 地域の医師会の名称 (※1) |
|                |

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| 院内感染対策に関する研修<br>又は訓練に参加した日時 | 年 月 日 |
|-----------------------------|-------|

## 6 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) に係る届出

施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

|       |         |
|-------|---------|
| 医療機関名 | 医療機関コード |
|       |         |

|                 |                                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関が届け出ている診療報酬 | <input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2<br><input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3 |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |       |
|------------|-------|
| 実地指導を受けた日時 | 年 月 日 |
|------------|-------|

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っている必要がある。

備考3 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 及び (Ⅱ) は併算定が可能である。

備考4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記載してください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してください。

(※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。

|       |                                                                                                                                                                                                             |                               |                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                                                                                                                                             |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 特定事業所加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 特定事業所加算(Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 3 特定事業所加算(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 4 特定事業所医療介護連携加算<br><input type="checkbox"/> 5 ターミナルケアマネジメント加算 |                               |                               |

| 有 ・ 無                                                                                                  |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)に係る届出内容                                                                               |                                                     |
| (1) 主任介護支援専門員の配置状況                                                                                     |                                                     |
| 主任介護支援専門員                                                                                              | 常勤専従 人                                              |
| (2) 介護支援専門員の配置状況                                                                                       |                                                     |
| 介護支援専門員                                                                                                | 常勤専従 人                                              |
| (3) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。                                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (4) 24時間常時連絡できる体制を整備している。                                                                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (5) 利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が40%以上                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (6) 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。                                                                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (7) 地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。                                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (8) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加している。                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (9) 特定事業所集中減算の適用の有無                                                                                    | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (10) 介護支援専門員1人当たり（常勤換算方法による）の担当件数について                                                                  |                                                     |
| ①居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合 45件以上の有無                                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ②居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 50件以上の有無                                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (11) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の確保の有無                                            | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (12) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。                                                        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (13) 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している。                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 2. 特定事業所医療介護連携加算に係る届出内容                                                                                |                                                     |
| (1) 退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間35回以上である。                                                         | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (2) ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以上算定している。                                                                     | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ※ 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月における算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間における算定回数を加えた数が15以上である場合に有にチェックすること。 |                                                     |
| (3) 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している。                                                                        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ※ 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。                                                   |                                                     |
| 3. ターミナルケアマネジメント加算に係る届出内容                                                                              |                                                     |
| (1) ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備している。            | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

## 特定事業所加算(A)に係る届出書（居宅介護支援事業所）

|         |                               |                               |                               |
|---------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名    |                               |                               |                               |
| 連携先事業所名 |                               |                               |                               |
| 異動等区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |      |   |         |     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|---|---------|-----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>特定事業所加算(A)に係る届出内容</p> <p>(1) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置している。</p> <p>(2) 介護支援専門員の配置状況</p> <table border="1" data-bbox="236 696 874 779"> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>非常勤</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>(3) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。</p> <p>(4) 24時間常時連絡できる体制を整備している。（連携可）</p> <p>(5) 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。（連携可）</p> <p>(6) 地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。</p> <p>(7) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加している。</p> <p>(8) 特定事業所集中減算の適用の有無</p> <p>(9) 介護支援専門員1人当たり（常勤換算方法による）の担当件数について</p> <p>①居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合 45件以上の有無</p> <p>②居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 50件以上の有無</p> <p>(10) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の確保の有無（連携可）</p> <p>(11) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。（連携可）</p> <p>(12) 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している</p> | 介護支援専門員 | 常勤専従 | 人 | 介護支援専門員 | 非常勤 | 人 | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |
| 介護支援専門員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 常勤専従    | 人    |   |         |     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 介護支援専門員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 非常勤     | 人    |   |         |     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

※ 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。

日常生活継続支援加算に関する届出書  
(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                           |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設              |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算（Ⅱ）         |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|---|---------------------------------|
| 5 入所者の<br>状況及び介護<br>福祉士の状況 | 入所者の状況<br>（下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④<br>を記載した場合は⑤を必ず記載すること。）                                                                                                                                                                                                   |                                                   |   | 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |      |   |                                 |
|                            | ①                                                                                                                                                                                                                                                                   | 前6月又は前12月の新規新規入所者の<br>総数                          | 人 |                                                                                                                                                                                                                                      | → ①に占める<br>②の割合が<br>70%以上<br><br>→ ①に占める<br>③の割合が<br>65%以上 |      |   |                                 |
|                            | ②                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①のうち入所した日の要介護状態区分<br>が要介護4又は要介護5の者の数              | 人 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|                            | ③                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①のうち入所した日の日常生活自立度<br>がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の<br>数       | 人 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|                            | ④                                                                                                                                                                                                                                                                   | 入所者総数                                             | 人 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|                            | ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①のうち社会福祉士及び介護福祉士法<br>施行規則第1条各号に掲げる行為を必<br>要とする者の数 | 人 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|                            | 介護福祉士の割合<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%; text-align: center;">介護福祉士数</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">常勤換算</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">人</td> </tr> </table> |                                                   |   |                                                                                                                                                                                                                                      | 介護福祉士数                                                     | 常勤換算 | 人 | → 介護福祉士<br>数：入所者<br>数が1：6<br>以上 |
|                            | 介護福祉士数                                                                                                                                                                                                                                                              | 常勤換算                                              | 人 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |      |   |                                 |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |                                                            |      |   |                                 |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

備考2 ①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。

テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書

|        |                                                                                           |  |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 1 事業所名 |                                                                                           |  |  |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |  |  |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設              |  |  |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算（Ⅱ）         |  |  |

|                    |                                                               |                                           |   |       |                                      |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---|-------|--------------------------------------|
| 5 入所者の状況及び介護福祉士の状況 | 入所者の状況<br>(下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。) |                                           |   | 有 ・ 無 |                                      |
|                    | ①                                                             | 前6月又は前12月の新規新規入所者の総数                      | 人 |       | → ①に占める②の割合が70%以上<br>①に占める③の割合が65%以上 |
|                    | ②                                                             | ①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数          | 人 |       |                                      |
|                    | ③                                                             | ①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数       | 人 |       |                                      |
|                    | ④                                                             | 入所者総数                                     | 人 |       | → ④に占める⑤の割合が15%以上                    |
|                    | ⑤                                                             | ①のうち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数 | 人 |       |                                      |
|                    | 介護福祉士の割合                                                      |                                           |   |       | → 介護福祉士数：入所者数が1：7以上                  |
| 介護福祉士数             | 常勤換算                                                          | 人                                         |   |       |                                      |

|                                            |                                                                     |  |  |       |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|--|-------|
| 6 テクノロジーの使用状況                              | 以下の①から④の取組をすべて実施していること。                                             |  |  | 有 ・ 無 |
|                                            | ① テクノロジーを搭載した機器について、少なくとも以下のⅰ～ⅲの項目の機器を使用                            |  |  |       |
|                                            | ⅰ 入所者全員に見守り機器を使用                                                    |  |  |       |
|                                            | ⅱ 職員全員がインカムを使用                                                      |  |  |       |
|                                            | ⅲ 介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用                                           |  |  |       |
|                                            | ⅳ 移乗支援機器を使用                                                         |  |  |       |
|                                            | (導入機器)                                                              |  |  |       |
|                                            | 名 称                                                                 |  |  |       |
|                                            | 製造事業者                                                               |  |  |       |
|                                            | 用 途                                                                 |  |  |       |
|                                            | ② 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施 |  |  |       |
|                                            | ⅰ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置                 |  |  |       |
|                                            | ⅱ 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮                                     |  |  |       |
| ⅲ 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）            |                                                                     |  |  |       |
| ⅳ 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施                  |                                                                     |  |  |       |
| ③ ②のⅰの委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認 |                                                                     |  |  |       |
| ④ ケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して実施  |                                                                     |  |  |       |

備考1 要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 5①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載すること。

備考3 6②ⅰの委員会には、介護福祉士をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

## 栄養マネジメント体制に関する届出書

| 1 事業所名                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|--|------|--|-----------|--|-------|--|---------|--|--|--|--|--|---------|---|----------------------------------|---|------------------------------------|---|
| 2 異動区分                             | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 3 施設種別                             | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 3 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 4 介護医療院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 4 栄養マネジメントの状況                      | <p>1. 基本サービス（栄養ケア・マネジメントの実施）</p> <p>栄養マネジメントに関わる者（注）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>職 種</th> <th>氏 名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>医 師</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師</td><td></td></tr> <tr><td>管 理 栄 養 士</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> </tbody> </table> <p>2. 栄養マネジメント強化加算</p> <table border="1"> <tr> <td>a. 入所者数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>→ 入所者数を50で除した数以上<br/> （給食管理を行う常勤栄養士が1名以上配置されている場合）70で除した数以上</p> |                               |                               | 職 種 | 氏 名 | 医 師 |  | 歯科医師 |  | 管 理 栄 養 士 |  | 看 護 師 |  | 介護支援専門員 |  |  |  |  |  | a. 入所者数 | 人 | b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算） | 人 | c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない） | 人 |
| 職 種                                | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 医 師                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 歯科医師                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 管 理 栄 養 士                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 看 護 師                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| 介護支援専門員                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| a. 入所者数                            | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）   | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |
| c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない） | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                               |     |     |     |  |      |  |           |  |       |  |         |  |  |  |  |  |         |   |                                  |   |                                    |   |

注 「栄養マネジメントに関わる者」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。  
 ※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

(別紙39)

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 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |  |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 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 |  |  |  |  |  |  |
|         |         |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                            |                          |   |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
|                                                                                                            | 有                        | ・ | 無                        |
| ① 看護体制加算（Ⅱ）を算定している。                                                                                        | <input type="checkbox"/> | ・ | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | ・ | <input type="checkbox"/> |
| 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。                                        | <input type="checkbox"/> | ・ | <input type="checkbox"/> |
| ④ ②及び③の内容について届出を行っている。                                                                                     | <input type="checkbox"/> | ・ | <input type="checkbox"/> |

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等について」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。

## 認知症チームケア推進加算に係る届出書

|       |                                                                                                                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                                                                                                                                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                     |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 2 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 5 介護医療院 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 有                                                                                                       | 無                        |                               |                          |           |   |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) に係る届出内容<br>(1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である<br><table border="1"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数の平均で算定。                 | ① 利用者又は入所者の総数 注                                                                                         | 人                        | ② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数 | 人                        | ③ ②÷①×100 | % | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ① 利用者又は入所者の総数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| ② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| ③ ②÷①×100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | %                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる<br><table border="1"> <tr> <td>認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者の数 | 人                        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |           |   |                          |                          |
| 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者の数                                                                                                                                                                                                                            | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> |                               |                          |           |   |                          |                          |
| 2. 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) に係る届出内容<br>(1) 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) の (1)、(3)、(4) に該当している<br>※認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) に係る届出内容 (1)、(3)、(4) も記入すること。                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる<br><table border="1"> <tr> <td>認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table>                                                                                                                          | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                                                             | 人                        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |           |   |                          |                          |
| 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙41)

褥瘡マネジメント加算に関する届出書

| 1 事業所名            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|--|------|--|-------|--|-----------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 異動区分            | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 施設種別            | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br><input type="checkbox"/> 3 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 4 看護小規模多機能型居宅介護                                                                                                                                                                                                                    |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 褥瘡マネジメント<br>の状況 | <div>褥瘡マネジメントに関わる者</div> <table><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><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></tbody></table> | 職 種 | 氏 名 | 医 師 |  | 歯科医師 |  | 看 護 師 |  | 管 理 栄 養 士 |  | 介護支援専門員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職 種               | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医 師               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 歯科医師              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看 護 師             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管 理 栄 養 士         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |     |  |      |  |       |  |           |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 「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。

## 総合マネジメント体制強化加算に係る届出書

|        |                                                                                                                                                  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名   |                                                                                                                                                  |
| 異動等区分  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                        |
| 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 届出項目   | <input type="checkbox"/> 1 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 2 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)                                                     |

## 1 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)に係る体制の届出内容

|                           |                                                                                                        |                                                     |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護         |                                                                                                        | 有・無                                                 |
| ①                         | 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、計画作成責任者、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の見直しを行っている。        | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ②                         | 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が提供することのできる指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の具体的な内容に関する情報提供を行っている。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③                         | 日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④                         | 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っている。                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤<br>事業所の特性に応じて1つ以上実施している | 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っている。                                                            | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                           | 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施している。                                                                      |                                                     |
|                           | 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加している。                                                            |                                                     |
|                           | 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っている。                                                                    |                                                     |
| ○(介護予防)小規模多機能型居宅介護        |                                                                                                        |                                                     |
| ①                         | 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っている。             | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ②                         | 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している。                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③                         | 日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④                         | 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している。                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤<br>事業所の特性に応じて1つ以上実施している | 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っている。                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                           | 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっている。                                                       |                                                     |
|                           | 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施している。                                                                      |                                                     |
|                           | 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加している。                                                            |                                                     |
| ○看護小規模多機能型居宅介護            |                                                                                                        |                                                     |
| ①                         | 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っている。           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ②                         | 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っている。       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③                         | 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している。                              | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④                         | 日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。                                                                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤                         | 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している。                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑥<br>事業所の特性に応じて1つ以上実施している | 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っている。                                                          | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                           | 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっている。                                                       |                                                     |
|                           | 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施している。                                                                      |                                                     |
|                           | 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加している。                                                            |                                                     |

## 2 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)に係る体制の届出内容

|                                                                                       |                                       |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護<br>※該当する要件は、「総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)に係る体制の届出内容」に記入すること。 |                                       | 有・無                                                 |
| ①                                                                                     | 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)の基準の①～②のいずれにも該当している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ○看護小規模多機能型居宅介護<br>※該当する要件は、「総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)に係る体制の届出内容」に記入すること。                      |                                       |                                                     |
| ①                                                                                     | 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)の基準の①～③のいずれにも該当している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙43)

24時間通報対応加算に係る届出書（夜間対応型訪問介護事業所）

|       |                               |                               |                               |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                               |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |

| 24時間通報対応加算に係る届出内容                                           | 有                        | 無                        |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ① 日中のオペレーションセンターサービスに必要な人員を確保している。                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 利用者の通報から緊急対応が必要と認められる場合に、連携する指定訪問介護事業所に速やかに連絡する体制を確保している。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 連携する全ての指定訪問介護事業所と利用者がサービスの利用に係る契約を締結している。                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 連携する指定訪問介護事業所の具体的な対応体制について定期的に把握している。                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 対象となる利用者の夜間の同居家族等の状況の把握に加え、日中における居宅サービス利用状況等を把握している。      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 利用者からの通報について、通報日時、通報内容、具体的対応の内容について、記録を行う。                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

連携する指定訪問介護事業所

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所名 |  |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

## 認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に係る届出書

(小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)

|         |                                                                                           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    |                                                                                           |
| 異動等区分   | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 看護小規模多機能型居宅介護事業所  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 有 ・ 無                     |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------|-------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|---|---|
| <p>1. 認知症加算（Ⅰ）に係る届出内容</p> <p>(1) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> <span>認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</span> <span>人</span> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>【参考】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数</th> <th style="width: 50%;">研修修了者の必要数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>20人未満</td><td>1 以上</td></tr> <tr><td>20以上30未満</td><td>2 以上</td></tr> <tr><td>30以上40未満</td><td>3 以上</td></tr> <tr><td>40以上50未満</td><td>4 以上</td></tr> <tr><td>50以上60未満</td><td>5 以上</td></tr> <tr><td>60以上70未満</td><td>6 以上</td></tr> <tr><td>～</td><td>～</td></tr> </tbody> </table> </div> </div> | 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 | 研修修了者の必要数 | 20人未満 | 1 以上 | 20以上30未満 | 2 以上 | 30以上40未満 | 3 以上 | 40以上50未満 | 4 以上 | 50以上60未満 | 5 以上 | 60以上70未満 | 6 以上 | ～ | ～ |
| 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 研修修了者の必要数                 |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| 20人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 以上                      |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| 20以上30未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 以上                      |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| 30以上40未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3 以上                      |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| 40以上50未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4 以上                      |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| 50以上60未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5 以上                      |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| 60以上70未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6 以上                      |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |
| ～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ～                         |           |       |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |   |   |

 ☐ ・ ☐ || (2) 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開催している  (3) 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1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施している  (4) 事業所において介護職員、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 | ☐ ・ ☐     ☐ ・ ☐     ☐ ・ ☐ |
| 2. 認知症加算（Ⅱ）に係る届出内容  (1) 認知症加算（Ⅰ）の(1)・(2)の基準のいずれにも該当している ※認知症加算（Ⅰ）に係る届出内容(1)・(2)も記入すること。 | ☐ ・ ☐ |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、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を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、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を指す。

※認知症看護に係る適切な研修：①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修  
②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  
③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

備考3 認知症加算（Ⅰ）の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。

訪問体制強化加算に係る届出書

|        |                                                                                           |  |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 事業所名   |                                                                                           |  |  |
| 異動等区分  | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |  |  |
| 施設等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 看護小規模多機能型居宅介護事業所     |  |  |

|                                              |                                                                                                                                               |                                                     |   |   |                                              |  |   |  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|---|----------------------------------------------|--|---|--|
| 訪問体制強化加算に係る届出内容                              |                                                                                                                                               | 有 ・ 無                                               |   |   |                                              |  |   |  |
| 1 職員配置の状況                                    | 事業所が提供する訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置している。<br>※ただし、看護小規模多機能型居宅介護の場合、看護サービスを除く。また、常勤の従業者については、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を除く。                  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |   |                                              |  |   |  |
| 2 事業所の状況                                     | 事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅であって登録を受けたもの）を併設している。                                                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |   |                                              |  |   |  |
| 3 サービス提供の状況                                  | (1) 事業所が同一建物に集合住宅を併設していない（2で無を選択した）場合<br>訪問回数が1月当たり延べ200回以上である。                                                                               | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |   |                                              |  |   |  |
|                                              | (2) 事業所が同一建物に集合住宅を併設している（2で有を選択した）場合<br>①に占める②の割合が50%以上                                                                                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |   |   |                                              |  |   |  |
|                                              | <table><tr><td>① 登録者の総数</td><td></td><td>人</td></tr><tr><td>② 同一建物居住者以外の者（（看護）小規模多機能型居宅介護費のイ(1)を算定する者）の数</td><td></td><td>人</td></tr></table> | ① 登録者の総数                                            |   | 人 | ② 同一建物居住者以外の者（（看護）小規模多機能型居宅介護費のイ(1)を算定する者）の数 |  | 人 |  |
|                                              | ① 登録者の総数                                                                                                                                      |                                                     | 人 |   |                                              |  |   |  |
| ② 同一建物居住者以外の者（（看護）小規模多機能型居宅介護費のイ(1)を算定する者）の数 |                                                                                                                                               | 人                                                   |   |   |                                              |  |   |  |
| ②の者に対する訪問回数が1月当たり延べ200回以上である。                | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>                                                                                           |                                                     |   |   |                                              |  |   |  |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙46)

夜間支援体制加算に係る届出書（（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所）

|       |                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                           |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 夜間支援体制加算（Ⅰ）<br><input type="checkbox"/> 2 夜間支援体制加算（Ⅱ）          |

1 夜間支援体制加算に係る届出内容

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |  |                                                                                                                             |  |                      |  |                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 共同生活住居の数</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">ユニット</div> <p>② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。</p> <p>③ 共同生活住居1ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従業者を配置している。</p> <p>④ ③へ加配をしている。</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>イ 常勤換算方法で1人以上の夜勤を行う介護従業者</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 見守り機器等を導入した場合で<br/>常勤換算方法で0.9人以上の夜勤を行う介護従業者<br/>※「2 見守り機器等を導入した場合の配置要件に該当する届出項目に<br/>おける必要事項」も記入すること。</td><td></td></tr><tr><td>ハ 事業所内で宿直勤務に当たる者が1以上</td><td></td></tr></table> | イ 常勤換算方法で1人以上の夜勤を行う介護従業者 |  | <input type="checkbox"/> 見守り機器等を導入した場合で<br>常勤換算方法で0.9人以上の夜勤を行う介護従業者<br>※「2 見守り機器等を導入した場合の配置要件に該当する届出項目に<br>おける必要事項」も記入すること。 |  | ハ 事業所内で宿直勤務に当たる者が1以上 |  | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |
| イ 常勤換算方法で1人以上の夜勤を行う介護従業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |                                                                                                                             |  |                      |  |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 見守り機器等を導入した場合で<br>常勤換算方法で0.9人以上の夜勤を行う介護従業者<br>※「2 見守り機器等を導入した場合の配置要件に該当する届出項目に<br>おける必要事項」も記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |  |                                                                                                                             |  |                      |  |                                                                                                                                                                                               |
| ハ 事業所内で宿直勤務に当たる者が1以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |  |                                                                                                                             |  |                      |  |                                                                                                                                                                                               |

2 見守り機器等を導入した場合の配置要件に該当する届出項目における必要事項

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|-------|--|-----|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 利用者数</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">人</div> <p>② 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">人</div> <p>③ ①に占める②の割合</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">%</div> →      10%以上 <p>④ 導入機器</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>製造事業者</td><td></td></tr><tr><td>用 途</td><td></td></tr></table> <p>⑤ 導入機器の継続的な使用（9週間以上）</p> <p>⑥ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討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。</p> | 名 称 |  | 製造事業者 |  | 用 途 |  | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |
| 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                            |
| 製造事業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                            |
| 用 途                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                                                                            |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙47)

看取り介護加算に係る届出書（認知症対応型共同生活介護事業所）

|       |                               |                               |                               |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                               |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |

| 看取り介護加算に係る届出内容                                                                         | 有 ・ 無                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ① 医療連携体制加算（Ⅰ）イ～（Ⅰ）ハのいずれかを算定している。                                                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② 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当該指針の内容を説明し、同意を得ている。                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③ 看取りに関する指針について、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、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、見直しを行う。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④ 看取りに関する職員研修を行っている。                                                                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。                                 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

※ 看護職員は事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

## 医療連携体制加算（Ⅰ）に係る届出書（認知症対応型共同生活介護事業所）

|       |                                                                                                                               |                               |                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                                                               |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 医療連携体制加算（Ⅰ）イ<br><input type="checkbox"/> 2 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ<br><input type="checkbox"/> 3 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ |                               |                               |

|                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○医療連携体制加算（Ⅰ）に係る届出内容                                                                                           |                                                                                              | 有 ・ 無                                                                                                      |
| ・ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ～（Ⅰ）ハ共通                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                            |
| 指針整備等の状況                                                                                                      | ① 利用者が重度化した場合の対応に係る指針を定めている。<br>② ①で定めた指針の内容を、入居に際して利用者又はその家族等に説明し同意を得ている。                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ・ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                            |
| 看護体制の状況                                                                                                       | ① 事業所の職員として看護師を常勤換算方法で1名以上配置している。<br>② 事業所の職員である看護師又は病院等の看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保している。       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ・ 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                            |
| 看護体制の状況                                                                                                       | ① 事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置している。<br>② 事業所の職員である看護職員（※1）又は病院等の看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ・ 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                            |
| 看護体制の状況                                                                                                       | ① 事業所の職員として又は病院等（※2）との連携により、看護師を1名以上確保している。<br>② 看護師により24時間連絡できる体制を確保している。                   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ※1 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合は、病院等の看護師により24時間連絡できる体制を確保することが必要。<br>※2 「病院等」は「病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーション」を指す。 |                                                                                              |                                                                                                            |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙48-2)

医療連携体制加算（Ⅱ）に係る届出書（認知症対応型共同生活介護事業所）

|       |                               |                               |                               |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                               |                               |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 医療連携体制加算（Ⅱ）に係る届出内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 有 ・ 無                                               |
| ① 医療連携体制加算（Ⅰ）イ～（Ⅰ）ハのいずれかを算定している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ② 算定日の属する月の前3月間において、下記いずれかに該当する状態の利用者が1人以上である。<br>（ア）喀痰吸引を実施している状態<br>（イ）呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>（ウ）中心静脈注射を実施している状態<br>（エ）人工腎臓を実施している状態<br>（オ）重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>（カ）人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>（キ）経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br>（ク）褥瘡に対する治療を実施している状態<br>（ケ）気管切開が行われている状態<br>（コ）留置カテーテルを使用している状態<br>（サ）インスリン注射を実施している状態 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙49)

看護体制及びサテライト体制に係る届出書（看護小規模多機能型居宅介護事業所）

|       |                                                                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                                                                                              |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了                                                                    |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 看護体制強化加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 看護体制強化加算（Ⅱ）<br><input type="checkbox"/> 3 訪問看護体制減算 <input type="checkbox"/> 4 サテライト体制未整備減算 |

○ 看護体制強化加算に係る届出内容

|                                     |   |                                  |   |                           |                                                              |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 看護サービスの提供状況                       | ① | 前3か月間の実利用者の総数                    | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>80%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                     | ② | ①のうち主治の医師の指示に基づき看護サービスを提供した実利用者数 | 人 |                           |                                                              |
| 2 緊急時訪問看護加算の算定状況                    | ① | 前3か月間の実利用者の総数                    | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>50%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                     | ② | ①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数          | 人 |                           |                                                              |
| 3 特別管理加算の算定状況                       | ① | 前3か月間の実利用者の総数                    | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>20%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                                     | ② | ①のうち特別管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した実利用者数     | 人 |                           |                                                              |
| 4 ターミナルケア加算の算定状況                    | ① | 前12か月間のターミナルケア加算の算定人数            | 人 | → 1人以上                    | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 5 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされている |   |                                  |   |                           | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

○ 訪問看護体制減算に係る届出内容

|                  |   |                                  |   |                           |                                                              |
|------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 看護サービスの提供状況    | ① | 前3か月間の実利用者の総数                    | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>30%未満 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                  | ② | ①のうち主治の医師の指示に基づき看護サービスを提供した実利用者数 | 人 |                           |                                                              |
| 2 緊急時訪問看護加算の算定状況 | ① | 前3か月間の実利用者の総数                    | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>30%未満 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                  | ② | ①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数          | 人 |                           |                                                              |
| 3 特別管理加算の算定状況    | ① | 前3か月間の実利用者の総数                    | 人 | → ①に占める<br>②の割合が<br>5%未満  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                  | ② | ①のうち特別管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した実利用者数     | 人 |                           |                                                              |

○ サテライト体制未整備減算に係る届出内容

|                 |   |                                             |                                                              |
|-----------------|---|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 訪問看護体制減算の届出状況 | ① | サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所における訪問看護体制減算の届出 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                 | ② | サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所における訪問看護体制減算の届出       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

令和 年 月

名称

事業所所在地市町村番号

|                 |                                   |        |                                                              |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
|-----------------|-----------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-------|--|--|
| 届出者             | フリガナ<br>名 称                       |        |                                                              |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
|                 | 主たる事務所の所在地                        |        | (郵便番号      -      )<br>県                                  群市 |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
|                 | 連絡先                               |        | 電話番号                                                         |           |                                                                                        |           |              | FAX番号 |  |  |
|                 | 法人の種別                             |        |                                                              |           |                                                                                        | 法人所轄庁     |              |       |  |  |
|                 | 代表者の職・氏名                          |        | 職名                                                           |           |                                                                                        |           |              | 氏名    |  |  |
|                 | 代表者の住所                            |        | (郵便番号      -      )<br>県                                  群市 |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
| 事業所・施設の状況       | 主たる事業所・施設の所在地                     |        | (郵便番号      -      )<br>県                                  群市 |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
|                 | 連絡先                               |        | 電話番号                                                         |           |                                                                                        |           |              | FAX番号 |  |  |
|                 | 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 |        | (郵便番号      -      )<br>県                                  群市 |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
|                 | 連絡先                               |        | 電話番号                                                         |           |                                                                                        |           |              | FAX番号 |  |  |
|                 | 管理者の氏名                            |        |                                                              |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
|                 | 管理者の住所                            |        | (郵便番号      -      )<br>県                                  群市 |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
| 届出を行う事業所・施設の種類の | 同一所在地において行う事業等の種類                 |        | 実施事業                                                         | 指定(許可)年月日 | 異動等の区分                                                                                 | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合) |       |  |  |
|                 | 訪問型サービス(独自)                       |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 訪問型サービス(独自・定率)                    |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 訪問型サービス(独自・定額)                    |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 通所型サービス(独自)                       |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 通所型サービス(独自・定率)                    |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 通所型サービス(独自・定額)                    |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 介護予防ケアマネジメント                      |        |                                                              |           | <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 |           |              |       |  |  |
|                 | 介護保険事業所番号                         |        |                                                              |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
| 特記事項            | 変 更 前                             |        |                                                              |           | 変 更 後                                                                                  |           |              |       |  |  |
|                 |                                   |        |                                                              |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |
| 関係書類            |                                   | 別添のとおり |                                                              |           |                                                                                        |           |              |       |  |  |

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

令和 年 月 日

市町村長 殿

事業所・施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

## 1 割引率等

事業所番号

| サービスの種類         | 割引率 | 適用条件 |
|-----------------|-----|------|
| 訪問型サービス（独自）     | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 訪問型サービス（独自／定率）  | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 通所型サービス（独自）     | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 通所型サービス（独自／定率）  | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| その他サービス（配食／定率）  | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| その他サービス（見守り／定率） | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| その他サービス（その他／定率） | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |
| 介護予防ケアマネジメント    | %   |      |
|                 | %   |      |
|                 | %   |      |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日