

# 介護医療院サービス

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
<b>1. 夜勤減算</b>	所定単位数から25単位を控除して得た単位数を算定			
夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は減算。				
(1)夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、入所者等(短期入所利用者と入所者)の数の合計数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2以上配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)夜勤を行う看護職員の数が1以上である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)ユニット型 2ユニットごとに夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. ユニットケア減算</b>	1日につき所定単位数の100分の97を算定			
ユニット型について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は減算				
(1)日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. 身体拘束廃止未実施減算</b>	1日につき所定単位数の100分10を算定			
以下の事項を満たさない場合は減算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
4. 安全管理体制未実施減算	1日につき5単位を減算 ※6ヶ月の経過措置期間を設ける		
<p>介護医療院基準第四十条第一項(※)(介護医療院基準第五十四条において準用する場合を含む。)に規定する基準に適合していること。</p> <p>※イからニの事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていること。</p> <p>イ 事故発生防止のための指針の整備</p> <p>ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備</p> <p>ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施</p> <p>ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置</p> <p>安全管理体制未実施減算については、規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算		
<p>虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合に減算する。</p> <p>(1) 高齢者虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>(2) 高齢者虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>(3) 従業者に対し、高齢者虐待の防止のための研修を定期的実施すること。</p> <p>(4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p> <p>※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 業務継続計画未策定減算	所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算		
<p>以下の基準に適合していない場合に減算する。</p> <p>(1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること。</p> <p>(2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。</p> <p>※ 令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。</p> <p>※基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<b>7. 栄養ケア・マネジメント未実施減算(栄養管理の基準を満たさない場合の減算)</b>	<b>1日につき所定単位数から14単位を減算</b>		
次の(1)及び(2)の基準を満たさない場合は、全管理体制未実施減算として、1日につき5単位を所定単位数から減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)介護医療院基準第四条に定める栄養士又は管理栄養士の員数(※)を置いていること。 ※入所定員100以上の介護医療院にあっては、1以上配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)介護医療院基準第二十条の二(介護医療院基準第五十四条において準用する場合を含む。)に規定する基準(※)のいずれにも適合していること。 ※入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入院患者全員について、所定単位数が減算されることとする(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. 療養環境減算 I</b>	<b>1日につき所定単位数から25単位を減算</b>		
療養室に隣接する廊下の幅が、内法による測定で1.8メートル未満である。⇒減算 (両側に療養室がある廊下の場合は、内法による測定で2.7メートル未満である。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8-2. 療養環境減算 II</b>	<b>1日につき所定単位数から25単位を減算</b>		
療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満である。⇒減算 (療養室に係る床面積の合計:内法による測定とする。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. 夜間勤務等看護(I)</b>	<b>1日につき23単位を加算</b>		
夜勤を行う看護職員が15:1以上かつ2人以上配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9-2. 夜間勤務等看護(II)</b>	<b>1日につき14単位を加算</b>		
夜勤を行う看護職員が20:1以上かつ2人以上配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
9-3. 夜間勤務等看護(Ⅲ)	1日につき14単位を加算		
(1)夜勤を行う看護職員または介護職員が15:1以上かつ2人以上配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)夜勤を行う看護職員が1以上配置配置されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-4. 夜間勤務等看護(Ⅳ)	1日につき7単位を加算		
夜勤を行う看護職員または介護職員が20:1以上かつ2人以上配置している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ⅰ)~(Ⅳ)共通 夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。  平均夜勤職員数 > 暦月ごとに夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。)における延夜勤時間を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定する。 (小数点第3位以下切り捨て)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 若年性認知症患者受入加算	1日につき120単位を加算		
(1)受け入れた若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)ごとに個別の担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 室料相当額控除	1日につき26単位を所定単位数から控除		
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)及び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)については、室料相当額控除として、1日につき26単位を所定単位数から控除する。  ※令和7年8月以降、当該介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8以上である場合、多床室の利用者に係るⅡ型介護医療院サービス費及びⅡ型特別介護医療院サービス費について、室料相当額を控除することとする。なお、療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
12. 外泊時費用	1月に6日を限度として1日につき362単位を所定単位数に代えて算定		
(1)入所者に対して居宅における外泊を認めた場合に所定単位数に代えて算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)1月に6日を限度として算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)外泊の初日及び最終日の算定を行っていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)外泊の期間中で、かつ、外泊時費用を算定期間中にある場合は、当該入所者のベッドを他のサービスに利用することなく空けているか。 ただし、当該入所者の同意があれば、短期入所療養介護に活用することは可能であるが、この場合は外泊時費用は算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 試行的退所サービス費	1月に6日を限度として1日につき800単位を所定単位数に代えて算定		
(1)入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護医療院が居宅サービスを提供した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)外泊の初日及び最終日は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)外泊時費用を算定している場合は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)試行的退所サービスを行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護医療院の介護支援専門員が、試行的退院サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※入所者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>(7) 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。</p> <p>① 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導。  ② 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起坐又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導。  ③ 家屋の改善の指導。  ④ 当該入所者の介助方法の指導。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(8) 試行的退所サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算の対象としないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(9) 1回の試行的退所サービス費が月をまたがる場合であっても、連続して算定できるのは6日以内であること。</p> <p>※利用者の試行的退所期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。この場合において試行的退所サービス費を併せて算定することは可能であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(10) 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護医療院で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行っていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 他科受診時費用	1月に4日を限度として1日につき362単位を所定単位数に代えて算定		
<p>(1) 入所者に対し専門的な診療が必要になった場合に、他の病院又は診療所で診療が行われた場合に算定できる。</p> <p>※介護医療院の入所者が、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた場合には、協力医療機関その他の医療機関へ転医又は対診を求めるとを原則とする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) 介護医療院サービス費を算定している入所者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(3)(2)にかかわらず、介護医療院サービス費を算定する入所者に対し、眼科等の専門的な診療が必要となった場合であって、当該診療が行われた場合は、当該他医療機関において診療が行われた日に係る介護医療院サービス費は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて、1日につき362単位を算定するものとする。 当該所定単位数を算定した日においては、特別診療費に限り別途算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)他医療機関において(2)の規定により費用を算定できる診療が行われた場合には、介護医療院において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報を文書により提供するとともに、診療録にその写しを添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. 初期加算</b>	<b>1日につき30単位を加算</b>		
(1)入所した日から起算して30日以内の期間であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所日から30日間中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は1月間)の間に、当該介護医療院に入所したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)当該介護医療院の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該介護医療院に入所した場合は、入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. 退所時栄養情報連携加算</b>	<b>退所月に、1月につき1回を限度として70単位を加算</b>		
(1)別に厚生労働大臣が定める特別食(※)を必要とする入所者又は低栄養状態であると医師が判断した入所者であること。  ※厚生労働大臣が定める特別食⇒疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、すい臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く) ※退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、別に厚生労働大臣が定める特別食に加え、心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度がプラス40%以上又はBMIが30以上)の入所者に対する治療食をいう。 ※なお、高血圧の入所者に対する減塩食(食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。)及び嚥下困難者(そのために摂食不良となった者も含む。)のための流動食は、療養食加算の場合と異なり、退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食に含まれる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>(2)入所者が、介護医療院からその居宅に退所する場合、当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、当該介護医療院の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。</p> <p>また、当該入所者が病院、診療所若しくは他の介護保険施設（以下、「医療機関等」という。）に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該介護医療院の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。</p> <p>※栄養管理に関する情報とは、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等をいう。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所者の同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)栄養ケア・マネジメント未実施減算又は栄養マネジメント強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. 再入所時栄養連携加算</b>	<b>1回を限度とし200単位を加算</b>		
<p>(1)介護医療院に入所している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護医療院に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合であって、当該介護医療院の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定したときに、入所者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。</p> <p>※厚生労働大臣が定める特別食⇒疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、すい臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）</p> <p>※嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。また、心臓疾患等の者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス40%以上又はBMIが30以上）の者に対する治療食を含む。なお、高血圧の者に対する減塩食（食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、療養食加算の場合と異なり、再入所時栄養連携加算の対象となる特別食に含まれる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)介護医療院の管理栄養士が入院先の医療機関を訪問の上、医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成していること。</p> <p>※指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければならない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(3) 二次入所後の栄養ケア計画について、入所者又はその家族から同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 入所者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 退所時指導等加算	入所中1回を限度とし460単位を加算 (入所後早期に退所前訪問指導が必要な場合は2回)		
退院前訪問指導加算			
(1) 入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 当該加算は、退所日に算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 当該加算は、次の場合には算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 退所して病院又は診療所へ入院する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 死亡退所の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 指導は、入所者及びの家族等のいずれにも行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 退所前訪問指導を行った場合は、指導を行った日及び指導の内容の要点を診療録等に記載していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
18-2. 退所時指導等加算	退所後1回を限度として460単位を加算		
退所後訪問指導加算			
(1)入所者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合であること。 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該加算は、訪問日に算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該加算は、次の場合には算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 退所して病院又は診療所へ入院する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 死亡退所の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)指導は、入所者及びの家族等のいずれにも行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)退所後訪問指導を行った場合は、指導を行った日及び指導の内容の要点を診療録等に記載していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-3. 退所時指導等加算	入所者1人につき1回を限度として400単位を加算		
退所時指導加算			
(1)入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、退所時に、当該入所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場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)退所時指導の内容は次のようなものであること。 ① 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 ② 運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 ③ 家屋改善の指導 ④ 退所する者の介助方法の指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該加算は、次の場合には算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
① 退所して病院又は診療所へ入院する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 死亡退所の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 指導は、入所者及びの家族等のいずれにも行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 退所時指導を行った場合は、指導を行った日及び指導の内容の要点を診療録等に記載していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-4. 退所時指導等加算 a 退所時情報提供加算(Ⅰ)	入所者1人につき1回を限度として500単位を加算			
(1) 入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 入所者の退所後の主治の医師に対して、入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に算定していること。  ※入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、老企第40号別紙様式2及び別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。 また、当該文書に入所者の諸検査の結果、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-4. 退所時指導等加算 b 退所時情報提供加算(Ⅱ)	入所者1人につき1回を限度として250単位を加算			
(1) 入所者が退所し、医療機関に入院する場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(2)当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-5. 退所時指導等加算				
入所者1人につき1回を限度として500単位を加算				
退所前連携加算				
(1)入所期間が1月を超える入所者が退所した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)入所者の居宅において、居宅サービスを利用する場合に、当該入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)当該加算は、次の場合には算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 退所して病院又は診療所へ入院する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 死亡退所の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
19. 訪問看護指示加算	入所者1人につき1回を限度として300単位を加算		
(1)入所者の退所時に介護医療院の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)又は指定看護小規模多機能型居宅介護(看護サービスを行う場合に限る。)の利用が必要であると認めた場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 協力医療機関連携加算	基準を満たす場合 50単位/月 (経過措置…令和6年度は100単位) それ以外の場合 5単位/月		
(1)介護医療院において、協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催していること。  ※「会議を定期的で開催」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えないこととする。 ※会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>①当該協力医療機関が、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第34条第1項各号(※)に掲げる要件を満たしている場合 50単位 (経過措置…令和7年3月31日までの間は、100単位とする。)</p> <p>※基準第34条第1項各号 一 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。 二 当該介護医療院からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。 三 入所者の病状が急変した場合等において、当該介護医療院の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② ①以外の場合 5単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21. 栄養マネジメント強化加算</b>	<b>1日につき11単位を加算</b>		
(1)管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50(施設に常勤栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミールラウンド)を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。  ※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
22. 経口移行加算	1日につき28単位を加算		
(1) 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日(同意を得た日)から起算して180日以内の期間に限り、算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できる。 ただし、この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次の通り実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること。 (栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 当該計画について、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
④経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤当該加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合は原則として当該加算は算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のことについて確認した上で実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ. 全身状態が安定していること(血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ. 刺激しなくても覚醒を保っていられること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハ. 嚥下反射が見られること。(唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ニ. 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定はできないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)入所者の口腔の状態によっては、歯科医師における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
23. 経口維持加算(Ⅰ)	1月につき400単位を加算		
<p>(1)現に経口による食事を摂取する者で、摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象としていること。</p> <p>※「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮のことをいう。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)(1)の入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成していること。</p> <p>※入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3)経口維持計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)当該加算の算定期間は、特別な管理により、入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、6月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合は原則として当該加算は算定できないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(6)入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、6月を超えた場合でも、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して特別な管理が必要であるものとして医師又は歯科医師の指示がなされ、また、特別な管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合にあっては、引き続き当該加算を算定できること。</p> <p>ただし、医師又は歯科医師の指示は、おおむね1月ごとに受け取るものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(7) 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。 ※管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 経口維持加算(Ⅰ)の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施すること。ただし、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 経口移行加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23-2. 経口維持加算(Ⅱ)</b>	<b>1月につき100単位を加算</b>		
(1) 経口維持加算(Ⅰ)を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 協力歯科医療機関を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に算定していること。 ※医師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第4条第1項第一号に規定する医師を除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 経口維持加算(Ⅱ)の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施すること。ただし、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24. 口腔衛生管理加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき90単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可</b>		
以下の(1)から(5)のいずれにも該当していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供について同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 歯科衛生士は、入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録(口腔衛生管理に関する実施記録)を作成し、施設に提出していること。 当該施設は口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) 当該歯科衛生士は、介護職員からの当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、入所者の口腔の状態により医療保険対応が必要な場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9) 医療保険における歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、同月に訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合には、口腔衛生管理加算は算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>24-2. 口腔衛生管理加算(Ⅱ)</b>	<b>1月につき110単位を加算</b>			<b>※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可</b>
(1) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。  ※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
<b>25. 療養食加算</b>	<b>1日につき3回を限度として6単位を加算</b>		
(1) 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 疾病治療の直接手段として、主治の医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供が施設において行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 療養食の献立表が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 1日3回を限度とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 定員超過・人員基準欠如(看護師比率に係る部分を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26. 在宅復帰支援機能加算</b>	<b>1日につき10単位を加算</b>		
(1) 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間を超えていた入所者に限る。)の占める割合が100分の30を超えていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が退所者の居宅を訪問すること又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 入所者の家族との連絡調整を行っていること。 「家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>①退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。</p> <p>相談援助の内容は次のようなものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助</li> <li>・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助</li> <li>・家屋の改善に関する相談援助</li> <li>・退所する者の介助方法に関する相談援助</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>②必要に応じ、入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて居宅サービスに必要な情報提供を行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)当該加算の算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27. 特別診療費</b>			
<p>入所者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数(平成12年厚労省告示第30号)を行った場合に、厚生労働大臣が定める単位数に10円を乗じて得た額を算定しているか。</p> <p>➤特別診療費の算定に関しては、平成30年4月25日老老発0425第2号「特別診療費の算定に関する留意事項について」を参照すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28. 緊急時施設診療費</b>			
<b>28-1. 緊急時治療管理</b>		<b>1日につき511単位を加算</b>	
<p>入所者の病状が著しく変化した場合に介護医療院において、緊急その他やむを得ない事情により行われる次の医療行為について算定するもの。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(1)入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときであること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
(2) 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおりであること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意識障害又昏睡</li> <li>・ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪</li> <li>・ 急性心不全(心筋梗塞を含む)</li> <li>・ ショック</li> <li>・ 重篤な代謝障害</li> <li>・ その他薬物中毒等で重篤なもの</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28-2. 特定治療</b>			
(1) 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合に、医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 特定治療は、介護医療院においてやむを得ない事情により行われるるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 算定できないものは、利用者等告示第74の2号に示されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29. 認知症専門ケア加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可</b>		<b>1日につき3単位を加算</b>	
(1) 施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(対象者)の占める割合が2分の1以上であること。 ※対象者とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する入所者を指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ※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指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
<p>(3)当該施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。</p> <p>※「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」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)認知症チームケア推進加算を算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>29-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可</p>	1日につき4単位を加算		
<p>(1)加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。</p> <p>認知症介護の指導に係る専門的な研修とは、認知症介護指導者研修及び認知症看護に係る適切な研修を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3)当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)認知症チームケア推進加算を算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>30. 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可</p>	1月につき150単位を加算		
<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(1)事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の(以下この号において「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。</p> <p>※「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当する入所者等を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
<p>(2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)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1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。</p> <p>※研修を修了しているもの⇒「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(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こと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(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こと。</p> <p>※チームケアを実施するにあたっては、対象者1人につき月1回以上の定期的なカンファレンスを開催する。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(5) 認知症専門ケア加算を算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30-2. 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可		1月につき120単位を加算		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の(以下この号において「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。</p> <p>※「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>(2) 認知症の行動・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1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。</p> <p>※研修を修了したもの⇒認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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こと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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こと。</p> <p>※チームケアを実施するにあたっては、対象者1人につき月1回以上の定期的なカンファレンスを開催する。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5) 認知症専門ケア加算を算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>31. 認知症行動・心理症状緊急対応加算</p>	1日につき200単位を加算		
<p>(1) 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当と判断した者に対し、サービスを行った場合であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) 在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3) 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4) 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>①病院又は診療所に入院中の者</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)入所した日から起算して7日を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)当該入所者が入所前の1月の間に、当該施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算(他サービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>32. 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)</b>	要介護1又は要介護2>1日につき140単位を加算 要介護3、要介護4又は要介護5>1日につき40単位を加算			
以下に適合している事業所において、サービスを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)看護職員の数が入所者等の数に対し、常勤換算方法で4:1 ただし、入所者等の数を4で除した数(1に満たないときは1とし、端数は切り上げる)から入所者等の数を6で除した数(端数切り上げ)を減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)専任の精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ1名以上配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)(2)の各職種の者が共同して入所者等に対しサービスを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
<p>(4)入所者等が全て認知症の者であり、届出の前3月において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の割合が2分の1以上であること。</p> <p>※入所者等が全て認知症の者とは、認知症と確定診断されていることをいう。 ※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において23点以下の者又はHDS-Rにおいて、20点以下の者を含むものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師が入所者等に対して、週4回以上訪問して診察を行う体制が確保されていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(6)届出の前3月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>32-2. 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)</p> <p>要介護1又は要介護2&gt;1日につき200単位を加算 要介護3、要介護4又は要介護5 &gt;1日につき100単位を加算</p>			
<p>以下に適合している事業所において、サービスを行った場合であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(1)看護職員の数が入所者等の数に対し、常勤換算方法で4:1</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)専ら従事する精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び作業療法士がそれぞれ1名以上配置されていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3)(2)の各職種の者が共同して入所者等に対しサービスを行っていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)60㎡以上の生活機能回復訓練室を有していて、専用の器械及び器具を備えていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)入所者等がすべて認知症の者であること。</p> <p>※入所者等が全て認知症の者とは、認知症と確定診断されていることをいう。 ※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において23点以下の者又はHDS-Rにおいて、20点以下の者を含むものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(6)届出の前3月において、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特に介護を必要とする認知症の者の割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が必要に応じ、入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師が入所者等に対して、週4回以上訪問して診察を行う体制が確保されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8)届出前3月間において、身体拘束廃止未実施減算の対象となっていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>33. 排せつ支援加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき10単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可</b>			
(1)入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。  ※評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。  ※評価は、別紙様式6を用いて、以下の(ア)から(ウ)について実施する。 (ア) 排尿の状態 (イ) 排便の状態 (ウ) おむつの使用 (エ) 尿道カテーテルの留置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)(1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。  ※「排せつに介護を要する入所者」とは、(1)の(ア)若しくは(イ)が「一部介助」又は「全介助」と評価される者又は(ウ)若しくは(エ)が「あり」の者をいう。  ※「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、(1)の(ア)から(エ)の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、(1)の(ア)から(エ)の評価が改善することが見込まれることをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(3)(1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに基準に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>33-2. 排せつ支援加算(Ⅱ)</b>	<b>1月につき15単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可</b>			
(1)排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①加算Ⅰの(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②加算Ⅰの(1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③加算Ⅰの(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、加算Ⅰの(1)に掲げる(ア)若しくは(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又は(ウ)若しくは(エ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>33-3. 排せつ支援加算(Ⅲ)</b>	<b>1月につき20単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可</b>			
(1)排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①加算Ⅰの(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
②加算Ⅰの(1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、加算Ⅰの(1)に掲げる(ア)又は(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、(ウ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34. 自立支援促進加算</b>	<b>1月につき280単位を加算</b>		
(1) 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも3月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。 ※評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) (1)の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) (1)の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35. 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき40単位を加算</b>		
(1) 入所者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、少なくとも3月ごとに厚生労働省に提出していること。 ※情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ※LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の実態やサービス提供の在り方について検証を行う。 ※検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
35-2. 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	1月につき60単位を加算		
(1)入所者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報加えて疾病の状況や服薬情報等の情報を、少なくとも3月ごとに厚生労働省に提出していること。 ※情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ※LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う。 ※検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 安全対策体制加算	1日につき20単位を加算		
下記のイからハの施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ介護医療院基準第四十条第一項に規定する基準(※)に適合していること。 ※事故の発生又は再発を防止するために次の措置が講じられていること。 一 事故発生防止のための指針の整備 二 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備 三 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施 四 イからハの措置を適切に実施するための担当者を置くこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ介護医療院基準第四十条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハ当該介護医療院内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
37. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1月につき10単位を加算		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。  ※新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 協力医療機関等との間で、感染症(新興感染症を除く。以下この号において同じ。)の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。  ※季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入所者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。  ※院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
点検事項			
37-2. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1月につき5単位を加算		
<p>感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、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受けていること。</p> <p>※実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。</p> <p>※介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. 新興感染症等施設療養費(1日につき)	1月に1回、連続する5日を限度として240単位を算定		
<p>入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護医療院サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。</p> <p>①新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。</p> <p>②対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。</p> <p>③適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策(スタンダード・プリコーション)の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き(第3版)」を参考とすること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
39. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可	1月につき100単位を所定単位数に加算			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 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において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。				
①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 介護機器(※2)を複数種類活用していること。				
(※2)見守り機器等のテクノロジーの要件 ○見守り機器等のテクノロジーとは、以下のアからウに掲げる機器をいう。 ア見守り機器 イインカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器 ウ介護記録ソフトウェアや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機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
○見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくともアからウまでに掲げる機器は全て使用することであり、その際、アの機器は全ての居室に設置し、イの機器は全ての介護職員が使用すること。なお、アの機器の運用については、事前に利用者の意向を確認することとし、当該利用者の意向に応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。				
(4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 加算(Ⅱ)の要件を満たし、加算(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(※1)が確認されていること。  (※1)業務改善の取組による効果を示すデータ等について ○加算(Ⅰ)において提供を求めるデータは、以下の項目とする。 ア 利用者のQOL等の変化(WHO WHO-5等) イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 ウ 年次有給休暇の取得状況の変化 エ 心理的負担等の変化(SRS SRS-18等) オ 機器の導入による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の変化(タイムスタディ調査)  ○加算(Ⅱ)において求めるデータは、加算(Ⅰ)で求めるデータのうち、アからウの項目とする。  ○加算(Ⅰ)における業務改善の取組による成果が確認されていることとは、ケアの質が確保(アが維持又は向上)された上で、職員の業務負担の軽減(イが短縮、ウが維持又は向上)が確認されることをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可		1月につき10単位を所定単位数に加算		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 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において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。  ①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 介護機器を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
40. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日につき22単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可			
次の(1)から(3)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 次の①又は②のいずれかに適合すること。 ① サービスを行う介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 介護医療院の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の者の占める割合が100分の35以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日につき18単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可			
(1) サービスを行う介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日につき6単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可			
次の(1)及び(2)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 次の①から③のいずれかに適合すること。 ① サービスを行う介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 介護医療院の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 介護医療院のサービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
41-1. イ 介護職員等処遇改善加算(I)			
次の(1)～(10)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。			
(一) 当該事業所が仮に介護職員等処遇改善加算(IV)を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二) 当該事業所において、経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。			
(2) 当該事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市町村長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市町村長に届け出ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市町村長に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(7)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。  (一)介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 (二)(一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 (三)介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (四)(三)について、全ての介護職員に周知していること。 (五)介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていること。 (六)(五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	□	□	□
(8)(2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。	□	□	□
(9)(8)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。	□	□	□
(10) サービス提供体制強化加算(I)又は(II)のいずれかを届け出ていること。	□	□	□
<b>41-2. ロ 介護職員等処遇改善加算(II)</b>			
イ(1)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	□	□	□
<b>41-3. ハ 介護職員等処遇改善加算(III)</b>			
イ(1)(一)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	□	□	□
<b>41-4. ニ 介護職員等処遇改善加算(IV)</b>			
イ(1)(一)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	□	□	□

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<b>41-5. ホ 介護職員等処遇改善加算(V)(1)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(I)及び介護職員等特定処遇改善加算(I)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)及び(2)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-6. ヘ 介護職員等処遇改善加算(V)(2)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(II)、介護職員等特定処遇改善加算(I)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-7. ト 介護職員等処遇改善加算(V)(3)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(I)及び介護職員等特定処遇改善加算(II)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)及び(2)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-8. チ 介護職員等処遇改善加算(V)(4)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(II)、介護職員等特定処遇改善加算(II)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
<b>41-9. リ 介護職員等処遇改善加算(V)(5)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-10. ヌ 介護職員等処遇改善加算(V)(6)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-11. ル 介護職員等処遇改善加算(V)(7)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。			
(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。			
a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。			

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
点検事項 (二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-12. ヲ 介護職員等処遇改善加算(V)(8)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(I)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(I)又は(II)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-13. ウ 介護職員等処遇改善加算(V)(9)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(III)、介護職員等特定処遇改善加算(II)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<b>41-14. カ 介護職員等処遇改善加算(V)(10)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-15. コ 介護職員等処遇改善加算(V)(11)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41-16. ク 介護職員等処遇改善加算(V)(12)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>41-17. レ 介護職員等処遇改善加算(V)(13)</b>				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
41-18. ソ 介護職員等処遇改善加算(V)(14)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	