

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
点検事項	満たす	満たさない		
1. 定員超過利用減算		所定単位数の70/100を算定		
登録者の数が市長に提出した運営規程に定められる登録定員を超えた場合				
※ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は市町村が認めた時から、一定の期間に限り、減算しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 人員基準欠如減算		所定単位数の70/100を算定		
指定基準に定める員数の従業者を置いていること。 (自己点検表の「Ⅱ人員に関する基準」参照。)				
夜勤職員・宿直職員・サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の訪問サービスの提供にあたる者の場合は、次のいずれかに該当しないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①指定基準に定める員数に満たない日が2日以上連続して発生していないこと。				
②指定基準に定める員数に満たない日が4日以上発生していないこと。				
3. 短期利用居宅介護費の算定				
(1)利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用看護小規模多機能型居宅介護を利用することが必要と認めた場合であって、看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が他の登録者の処遇に支障がないと認めた場合であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内の利用期間を定めていること。 (利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)人員基準違反でないこと		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)サービス提供が過小である場合の減算を算定していないこと。		<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	
4. 身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算		
<p>身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合に減算する。</p> <p>(1) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>(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。</p> <p>※経過措置期間…令和7年3月31日までは、減算を適用しない。 ※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町村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"/>
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) 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) 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、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町村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"/>

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. 業務継続計画未策定減算 以下の基準に適合していない場合に減算する。 (1)感染症や非常災害の発生時において、利用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。 (2)当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。 ※ 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。 ※基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満た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。	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 過少サービスに対する減算 事業所が提供する通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの算定月における提供回数について、週平均1回に満たない場合又は登録者1人当たり平均回数が週4回に満たない場合に減算する。 ※登録者は、短期利用居宅介護費を算定する者を除く。 ※「週平均」は、当該登録者において暦月ごとにサービス提供回数の合計数を、当該月の日数で除したものに、7を乗ずることによって算定するものとする。	所定単位数の70/100を算定		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. サテライト体制未整備減算 サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は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である看護小規模多機能型居宅介護事業所において、訪問看護体制減算(※)の届出をしている場合に算定すること。 ※訪問看護体制減算: ▲925~▲2,914単位/月(イ~ハのいずれの要件にも適合する場合) イ 主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者数の割合 30%未満 ロ 緊急時訪問看護加算を算定した利用者数の割合 30%未満 ハ 特別管理加算を算定した利用者数の割合 5%未満	所定単位数の97/100を算定		
<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. 特別地域加算 ※看護小規模多機能型居宅介護のみ 厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービス提供を行っていること。 【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】 ①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(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 ⇒ 喜入、松元、郡山の一部地域及び東桜島地区(喜入瀬々串、喜入生見、喜入一倉、入佐、直木、有屋田、東俣、黒神、高免) ②離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 ⇒ 桜島町新島			
1月につき所定単位数の100分の15を加算			
10. 中山間地域等における小規模事業所加算 厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービス提供を行っていること。 【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】 ①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(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 ⇒ 喜入、松元、郡山の一部地域及び東桜島地区(喜入瀬々串、喜入生見、喜入一倉、入佐、直木、有屋田、東俣、黒神、高免) ②半島振興法(昭和六十年法律第六十三号)第二条第一項の規定により指定された半島振興対策実施地域 ⇒ 喜入、松元、郡山、桜島及び東桜島地区(野尻・持木・東桜島・古里・有村・黒神・高免)			
看護小規模多機能型居宅介護⇒1月につき所定単位数の100分の10を加算 短期利用居宅介護費⇒1日につき所定単位数の100分の10を加算			

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		
11. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1回につき所定単位数の100分の5を加算			
(1)事業所の訪問介護員等が、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供を行っていること。				
【厚生労働大臣の定める地域 平21告83・二】 ①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(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 ⇒ 喜入、松元、郡山の一部地域及び東桜島地区(喜入瀬々串、喜入生見、喜入一倉、入佐、直木、有屋田、東俣、黒神、高免) ②半島振興法(昭和六十年法律第六十三号)第二条第一項の規定により指定された半島振興対策実施地域 ⇒ 喜入、松元、郡山、桜島及び東桜島地区(野尻・持木・東桜島・古里・有村・黒神・高免) ③離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 ⇒ 桜島町新島	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)通常の実施地域に、上記の厚生労働大臣の定める地域が含まれていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 複合型サービス費の算定①				
登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は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若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、複合型サービス費は算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 複合型サービス費の算定②				
登録者が一の看護小規模多機能型居宅介護事業所においてサービスを受けている間は、その他の看護小規模多機能型居宅介護事業所がサービスを提供しても、そのサービス費は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 訪問看護体制減算	要介護1～3(925単位/月)、要介護4(1,850単位/月)、要介護5(2,914単位/月)を所定単位数から減算			
(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の30未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の占める割合が100分の30未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の5未満であること。	<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		
15. 末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護が行われる場合の減算	要介護1～3(925単位/月)、要介護4(1,850単位/月)、要介護5(2,914単位/月)を所定単位数から減算			
<p>指定看護小規模多機能型居宅介護を利用しようとする者の主治の医師が、当該者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合であること。</p> <p>※月途中から医療保険の給付の対象となる場合又は月途中から医療保険の給付の対象外となる場合には、医療保険の給付の対象となる期間に応じて、単位数を減算すること。 ※医療保険の給付の対象となる期間については、主治の医師による指示に基づくものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 主治医による特別の指示により頻回に医療保険の訪問看護が行われる場合の減算	要介護1～3(30単位/日)、要介護4(60単位/日)、要介護5(95単位/日)を乗じて得た単位数を所定単位数から減算			
(1)利用者が急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書の交付があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の訪問看護の給付対象となるものであり、当該月における当該特別指示の日数に応じて減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)(1)の場合の医療機関における特別指示については、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 初期加算	1日につき30単位を加算			
(1)事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について加算していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)30日を超える入院後にサービスの利用を再開した場合も、同様に加算していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 認知症加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可	1月につき920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)認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における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(以下この号において「対象者」という。)の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が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。</p> <p>※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「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		
<p>(2)当該事業所の従業者に対する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」の実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。また、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)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、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「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ものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(4)当該事業所における介護職員、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(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(5)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(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対して専門的な認知症ケアを行っていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-2. 認知症加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可		1月につき890単位を加算		
<p>(1)認知症介護加算(Ⅰ)の(1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(2)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(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対して専門的な認知症ケアを行っていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-3. 認知症加算(Ⅲ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可		1月につき760単位を加算		
<p>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(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対してサービス提供を行っていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-4. 認知症加算(Ⅳ)		1月につき460単位を加算		
<p>要介護2であって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(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当)の者に対してサービス提供を行っていること。</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		
19. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 ※短期利用居宅介護費のみ	1日につき200単位を加算			
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、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービス提供を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 若年性認知症利用者受入加算	1月につき800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) 受け入れた若年性認知症利用者ごとの個別の担当者を中心に、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"/>	
21. 栄養アセスメント加算	1月につき50単位を所定単位数に加算			
(1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の方が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。	<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"/>	
22. 栄養改善加算	1回につき200単位を所定単位数に加算			
(1) 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。	<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		
(3) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 ※管理栄養士等⇒管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通				
事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23-2. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		1回につき20単位を加算		
(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ. 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ロ. 入れ歯を使っているもの ハ. むせやすい者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ. BMIが18.5未満である者 ロ. 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少が認められる者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 二. 食事摂取量が75%以下で不良である者)	<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	
(4)算定日が属する月が次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 ①栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。 ②当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔くう機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれか一方のみ加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-3. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回につき5単位を加算		
次に掲げる(1)1~4又は(2)1~5のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-3 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-4 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスをが終了した日の属する月でないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<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)ー2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)ー3 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)ー4 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)ー5 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれか一方のみ加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通				
(1)口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔機能向上サービスの提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定していること。ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員・介護職員・生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 ※口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を認知症対応型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導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)(4)で作成した計画について、利用者又はその家族に説明し同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が口腔機能向上サービスを行い、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。	<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		
(7)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8)利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3か月ごとに口腔機能の状態の評価を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9)(8)の結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10)定員・人員基準に適合している。 (定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24-2. 口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき150単位を加算(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)			
(1)口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24-3. 口腔機能向上加算(Ⅱ)	1回につき160単位を加算(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)			
(1)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施の当たって、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. 退院時共同指導加算	600単位/退院又は退所につき1回			
(1)入院又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護師等(准看護師を除く。)が退院時共同指導(当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、老健又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。)を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合であること。 ※初回の訪問看護を実施した日の属する月に算定すること。なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)退院又は退所につき、1回(特別な管理を必要とする利用者については、2回)に限り算定していること。 ※2回の当該加算の算定が可能である利用者に対して複数の看護小規模多機能型居宅介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあっては、1回ずつの算定も可能であること。 ※複数の看護小規模多機能型居宅介護事業所等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関、介護老人保健施設もしくは介護医療院に対し、他の看護小規模多機能型居宅介護事業所等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。	<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	
(3)当該加算を算定した同月に訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合は、各サービスにおける退院時共同指導加算は算定できない。 また、同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算の算定もできないこと。(特別な管理を必要とする利用者に対する場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)退院時共同指導を行った場合は、その内容を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 緊急時対応加算	1月につき774単位を加算		
(1)利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における宿泊を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を利用者に説明し、同意を得ている。 ※訪問については、訪問看護サービスを行う場合に限る。 ※緊急時対応加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できるため他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護又は緊急時対応加算に係る宿泊を受けていないか確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)加算の算定に当たっては、届出を受理した日から算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 特別管理加算(Ⅰ)	1月につき500単位を加算		
(1)特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のイに規定する状態にある者に対して指定訪問看護小規模多機能型居宅介護を行う場合であること。 イ. 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)計画的な管理を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)症状が重篤の場合には、速やかに医師による診療を受診できるような支援を行うこと。	<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	
27-2. 特別管理加算(Ⅱ)	1月につき250単位を加算		
(1)特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のロ、ハ、ニ、ホ(下記参照)に規定する状態にある者に対して指定訪問看護小規模多機能型居宅介護を行う場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ. 在宅自己腹膜灌(かん)流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼(とう)痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハ. 人工肛(こう)門又は人工膀胱(ぼうこう)を設置している状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ニ. 真皮を越える褥瘡(じよくそう)の状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホ. 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)計画的な管理を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)症状が重篤の場合には、速やかに医師による診療を受診できるような支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 専門管理加算			
緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、1月に1回に限り、次に掲げる区分に応じ、いずれか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	
28-2. 専門管理加算のイ	1月に1回に限り250単位		
<p>イ. 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合</p> <p>※悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥じよく瘡そうの状態にある利用者(重点的な褥じよく瘡そう管理を行う必要が認められる利用者(在宅での療養を行っているものに限る。))にあつては真皮までの状態の利用者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に行った場合に限る。</p> <p>※主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書に基づき、事業所に配置されている次のa、b、cいずれかの研修を受けた看護師が、定期的(1月に1回以上)にサービスを行うとともに、当該利用者に係る サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>a 緩和ケアに係る専門の研修⇒国又は医療関係団体等が主催する研修であつて、600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの。緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。講義及び演習により、定められた内容を含むものであること。</p> <p>b 褥瘡ケアに係る専門の研修⇒国又は医療関係団体等が主催する研修であつて、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの。講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修であること。</p> <p>c 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修⇒国又は医療関係団体等が主催する研修であつて、600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの。講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修であること。</p>	□	□	□

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	
28-3. 専門管理加算のロ	1月に1回に限り250単位		
<p>ロ. 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合</p> <p>※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(以下「医科診療報酬点数表」という。)の区分番号C007の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。</p> <p>※主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書及び手順書に基づき、事業所に配置されている、特定行為のうち指定看護小規模多機能型居宅介護において専門の管理を必要とする行為に係る研修を修了した看護師が、定期的(1月に1回以上)にサービス提供を行うとともに、当該利用者に係るサービスの実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。なお、手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。</p> <p>a 気管カニューレの交換 b 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 c 膀胱ろうカテーテルの交換 d 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 e 創傷に対する陰圧閉鎖療法 f 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 g 脱水症状に対する輸液による補正</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-4. 専門管理加算のイ、ロ共通			
次のいずれかに該当するものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において、同項第1号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。	<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	
点検事項			
29. ターミナルケア加算	死亡月に2500単位を加算		
(1) 在宅又は当該事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※当該利用者に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に訪問看護を行っている場合は、1日以上。			
(2) 次の厚生労働大臣が定める基準に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①ターミナルケアを受ける利用者について、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、訪問看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"/>	<input type="checkbox"/>
②主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ターミナルケアを提供について、利用者の心身の状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 次の厚生労働大臣が定める状態にある利用者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態。			
③末期の悪性腫瘍である状態。			
(4) ターミナルケア提供について、次に掲げる事項を記録書に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録。	<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看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録。</p> <p>※「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者等と十分な連携を図るよう努めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 遠隔死亡診断補助加算	死亡月につき150単位を加算		
<p>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が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8(医科診療報酬点数表の区分番号 C001—2の注6規定により準用する場合(指特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。)を含む。)に規定する死亡診断加算を算定する利用者(別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。)について、その主治の医師の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。</p> <p>【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】</p> <p>①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(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 ⇒ 喜入、松元、郡山の一部地域及び東桜島地区(喜入瀬々串、喜入生見、喜入一倉、入佐、直木、有屋田、東俣、黒神、高免)</p> <p>②離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 ⇒ 桜島町新島</p> <p>※情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づく「法医学等に関する一定の教育」であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次の基準に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)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が配置されていること。	<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	
31. 看護体制強化加算(Ⅰ)	1月につき3000単位を加算		
(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算の算定者が1名以上であること。	<input type="checkbox"/>	<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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者によって、(Ⅰ)又は(Ⅱ)を選択的に算定することはできず、当該看護小規模多機能型居宅介護事業所においていずれか一方のみを届出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-2. 看護体制強化加算(Ⅱ)	1月につき2500単位を加算		
(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 訪問体制強化加算	1月につき1000単位を加算		
(1)指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービス(看護サービスを除く)の提供に当たる常勤の従業者(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く)を2名以上配置していること。	<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	
(2)算定日が属する月における提供回数について、当該事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。ただし、当該事業所と同一の建物に集合住宅を併設する場合は、登録者の総数のうち、複合型サービス費のイ(1)を算定する者の占める割合が100分の50以上であつて、かつ、イ(1)を算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) ※看護小規模多機能型居宅介護費	1月につき1200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)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こと。	<input type="checkbox"/>	<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こと。	<input type="checkbox"/>	<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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)日常的に利用者に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"/>	<input type="checkbox"/>
(5)必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④市町村が実施する法第115条の45第1項第2号に掲げる事業や同条第2項第4号に掲げる事業等に参加していること。	<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	
33-2. 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) ※看護小規模多機能型居宅介護費 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)の(1)から(3)までに掲げる基準に適合すること。	1月につき800単位を加算		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通			
(1)利用者ごとに、利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の確認の結果、褥瘡が認められ、又は(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や利用者の状態について定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)(1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-2. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定していないこと。	1月につき3単位を加算		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-3. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) (1)次のいずれかに適合すること。	1月につき13単位を加算		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①共通(1)の確認の結果、褥瘡が認められた利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②共通(1)の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生のないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<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	
35. 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)共通			
(1) 利用者ごとに、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利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に一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。	<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利用者であって、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ものについて、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、当該利用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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、利用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"/>
35-2. 排せつ支援加算(Ⅰ)	1月につき10単位を加算		
(1) 排せつ支援加算(Ⅱ)(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-3. 排せつ支援加算(Ⅱ)	1月につき15単位を加算		
(1) 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 共通(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、利用開始時と比較して、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。			
② 共通(1)の評価の結果、利用開始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 共通(1)の評価の結果、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。			
(2) 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-4. 排せつ支援加算(Ⅲ)	1月につき20単位を加算		
(1) 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 共通(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、利用開始時と比較して、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 共通(1)の評価の結果、利用開始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"/>
排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定していないこと。	<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	
36. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位を所定単位数に加算		
(1)利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に 係る基本的な情報を、少なくとも3月ごとに厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)必要に応じて介護計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、(1)に規程する情報その他 サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(※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。	<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)(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"/>
(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-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-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"/>
37-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)(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(1)及び(2)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		
38. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)共通				
(1)従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っていること。	<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"/>	
38-2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合		1月につき750単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。				
①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いること。				
(2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38-3. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合		1月につき640単位を加算		
(1)従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)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)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38-4. サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合		1月につき350単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。				
①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③従業者の総数のうち、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)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していないこと。	<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	
38-5. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき25単位を加算		
(1) 次のいずれかに適合すること。 ① 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 ② 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。 ※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-6. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき21単位を加算		
(1) 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)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) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-7. サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき12単位を加算		
(1) 次のいずれかに適合すること。 ① 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 ② 従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 ③ 従業者の総数のうち、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) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-1. 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。 (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。	<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"/>
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)(指定療養通所介護にあってはサービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ又は(Ⅲ)ロ)のいずれかを届け出ていること。	<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		
39-2. ロ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39-3. ハ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39-4. ニ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39-5. ホ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1) 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等処遇改善加算(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"/>	
39-6. ヘ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2) 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等処遇改善加算(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"/>	
39-7. ト 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3) 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等処遇改善加算(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"/>	
39-8. チ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4) 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等処遇改善加算(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		
39-9. リ 介護職員等処遇改善加算(V)(5) 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等処遇改善加算(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"/>	
39-10. ヌ 介護職員等処遇改善加算(V)(6) 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等処遇改善加算(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"/>	
39-11. ル 介護職員等処遇改善加算(V)(7) 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等処遇改善加算(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。 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"/>	
39-12. ラ 介護職員等処遇改善加算(V)(8) 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等処遇改善加算(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"/>	

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	
39-13. ヲ 介護職員等処遇改善加算(V)(9) 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"/>
39-14. カ 介護職員等処遇改善加算(V)(10) 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していないこと。	<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"/>
39-15. コ 介護職員等処遇改善加算(V)(11) 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等特定処遇改善加算(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していないこと。	<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"/>

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	
39-16. タ 介護職員等処遇改善加算(V)(12)			
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"/>
(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"/>
39-17. レ 介護職員等処遇改善加算(V)(13)			
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	
39-18. 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していないこと。	<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。 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"/>