

介護療養施設サービス

※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		
1. 夜勤減算	1日につき所定単位数の100分の97を算定			
(1)夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該療養病棟における療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)療養病棟における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が64時間以下であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)ユニット型は、2ユニットごとに1人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ユニットケア減算	1日につき所定単位数の100分の97を算定			
(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"/>	
3. 身体拘束廃止未実施減算	1日につき所定単位数の100分90を算定			
(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を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 病院療養病床療養環境減算	1日につき所定単位数から25単位を減算			
廊下幅1. 8m(両側に居室の場合2. 7m)未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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	
5. 移行計画未提出減算	1日につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算		
厚生労働省が示す様式(様式10)を用いて、令和6年4月1日までの介護医療院等への移行等に関する計画を、4月から9月まで及び10月から翌年3月までの半期ごとに都道府県知事に届け出ること。			
※届け出していない場合は、移行計画未提出減算として、当該半期経過後6月の期間、1日につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。 例えば、令和3年9月30日までに届け出していない場合、令和3年10月1日から令和4年3月30日までの期間、減算となり、その後、令和3年11月1日に届け出た場合は、令和4年4月1日から同年9月30日までは減算されない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最初の提出期限は令和3年9月30日とし、以後、半年後を次の提出期限とする(令和5年9月30日まで)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 安全管理体制未実施減算	1日につき所定単位数から5単位を減算 ※6ヶ月の経過措置期間を設ける		
指定介護療養型医療施設基準第三十四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の措置が講じられていること。 イ 事故発生防止のための指針の整備 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 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 ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置 (6ヶ月の経過措置期間(令和3年9月30日まで)を設ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、入院患者全員について、所定単位数から減算することとする。 安全対策を適切に実施するための担当者は、令和3年改正省令の施行の日から起算して6ヶ月を経過するまでの間、経過措置として、当該担当者を設置するよう努めることとしているため、当該期間中、当該減算は適用しない。			

介護療養施設サービス

※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	
7. 栄養ケア・マネジメントの未実施減算(栄養管理の基準を満たさない場合の減算)	1日につき所定単位数から14単位を減算 ※3年の経過措置期間を設ける		
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。 ※経過措置⇒令和6年3月31日までの間は、適用しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 指定介護療養型医療施設基準第二条(※)又は指定介護療養型医療施設基準附則第十九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。 ※栄養士又は管理栄養士を、療養病床が百以上の指定介護療養型医療施設にあっては、一以上配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 指定介護療養型医療施設基準第十七条の二(指定介護療養型医療施設基準第五十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。 ※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"/>
8. 夜間勤務等看護(Ⅰ)	1日につき23単位を加算		
(1) 看護職員が15:1. 2人以上配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-2. 夜間勤務等看護(Ⅱ)	1日につき14単位を加算		
(1) 看護職員が20:1. 2人以上配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護療養施設サービス

※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		
8-3. 夜間勤務等看護(Ⅲ)	1日につき14単位を加算			
(1) 看護・介護職員が15:1. 2人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8-4. 夜間勤務等看護(Ⅳ)	1日につき7単位を加算			
(1) 看護・介護職員が20:1. 2人以上配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 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"/>	
10. 外泊加算	1月に6日を限度として1日につき362単位を算定			
(1) 入院患者が外泊した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 入院患者に対して居宅における外泊を認めた場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 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"/>	
(4) 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"/>	
(5) 外泊の期間中は、当該入院患者について居宅介護サービス費を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
11. 試行的退院したときの費用の算定	1月に6日を限度として1日につき800単位を算定			
(1)療養型経過型介護療養施設サービス費(1日につき)及びユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費(1日につき)について、入院患者であって、退院が見込まれる者をその居宅において試行的に退院させ、施設が居宅サービスを提供する場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)試行的退院に係る初日及び最終日は算定しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)外泊加算を算定する場合は、当該加算は算定しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)試行的退院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、退院して居宅において生活ができるかどうかについて医師、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、退院して、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すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)当該入院患者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)試行的退院サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、施設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うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導、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、家屋改善の指導、介助方法の指導。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8)試行的退院サービス費の算定期間中、居宅サービスの提供を行わない場合は加算の対象とならないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9)1回の試行的退院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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10)試行的退院期間が終了してもその居宅に退院できない場合においては、施設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うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
12. 他医療機関へ受診したときの費用の算定	1月に4日を限度として1日につき362単位を算定			
(1)入院患者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該患者に対し他の病院又は診療所において当該診療が行われた場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)他医療機関において費用を算定することのできる診療が行われた場合には、当該患者が入院している介護療養型医療施設において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報(当該施設での介護療養施設サービス費及び必要な診療科を含む)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"/>	
13. 初期加算	1日につき30単位を加算			
(1)入院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)当該入院患者が過去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、当該施設に入所したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)当該施設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施設に入院した場合は、入院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"/>	
14. 退院前訪問指導加算	1回を限度とし460単位を加算			
(1)入院期間が1月を超えると見込まれる入院患者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)入院患者の退院に先立って、当該入院患者が退院後生活する居宅を訪問し、当該入院患者及びその家族等に対して退院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"/>	
(3)入院中1回を限度としていること。(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる入院患者にあつては2回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)当該加算は、退院日に算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
(5) 当該加算は、次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①退院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退院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死亡退院の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 指導は、入院患者及びの家族等のいずれにも行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) 退院前訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指導記録
15. 退院後訪問指導加算	1回を限度として460単位を加算			
(1) 入院患者の退院後30日以内に当該入院患者の居宅を訪問し、当該入院患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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 退院後、1回を限度としていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 当該加算は、訪問日に算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 当該加算は、次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①退院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退院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死亡退院の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
(6) 指導は、入院患者及びの家族等のいずれにも行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 退院後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指導記録
16. 退院時指導加算	1回を限度として400単位を加算			
(1) 入院期間が1月を超える入院患者が退院し、その居宅において療養を継続する場合において、入院患者の退院時に、当該入院患者及びその家族等に対して、退院後の療養上の指導(食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導、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、家屋改善の指導、介助方法の指導)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、入院患者1人につき1回を限度としていること。	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①退院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退院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死亡退院の場合	<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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 指導は、入院患者及びの家族等のいずれにも行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 退院時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指導記録
17. 退院時情報提供加算	1回を限度として500単位を加算			
(1) 入院期間が1月を超える入院患者が退院した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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	
(2)入院患者が退院し、その居宅において療養を継続する場合において、入院患者の退院後の主治の医師に対して、入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を示す文書を添えて入院患者の紹介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、入院患者1人につき1回を限度としていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)当該加算は、次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①退院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退院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死亡退院の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 退院前連携加算	1回を限度として500単位を加算		
(1)入院期間が1月を超える入院患者が退院した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入院患者が退院し、その居宅において、居宅サービスを利用する場合において、当該入院患者の退院に先立って当該入院患者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を示す文書を添えて、当該入院患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院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、入院患者1人につき1回を限度としていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)当該加算は、退院日に算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)当該加算は、次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①退院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退院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死亡退院の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護療養施設サービス

※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		
(6) 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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 退院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"/>	連携記録
19. 訪問看護指示加算	1回を限度して300単位を加算			
(1) 入院患者の退院時に、施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定期巡回・随時対応型訪問看護看護（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) 本人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) 当該加算は、入院患者1人につき1回を限度としていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 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. 低栄養リスク改善加算	1月につき300単位を加算			
(1) 定員超過入院・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"/>	
(2) 栄養ケア・マネジメントの未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 経口移行加算又は経口維持加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 次に掲げる①から④のとおり実施すること。なお、低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第4に基づき行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①原則として、施設入院時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養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すること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入院患者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
<p>②月1回以上、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、入院患者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養簡方法等を示した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)。また、当該計画については、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理の対象となる入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護療養福祉施設サービスにおいては、当該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、その記載をもって当該計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>※入院患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当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入院患者に対し食事の観察を5回以上行い、当該入院患者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。低栄養リスク改善加算の算定期間は、低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間とするが、その期間は入院患者又はその家族の同意を得られた月から起算して6月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>④低栄養状態の改善等のための栄養管理が、入院患者又はその家族の同意を得られた月から起算して、6月を超えて実施される場合でも、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(5)褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、低栄養リスク改善加算は算定できない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>21. 経口移行加算</p>	1日につき28単位を加算			
<p>(1)定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(2)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院患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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア計画(参考様式)を準用

介護療養施設サービス

※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		
(3) 当該経口移行計画に従い、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で、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位を加算すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 栄養ケア・マネジメントの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) 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記載して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口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摂取を進めるための支援が必要とされる者については、引き続き当該加算を算定できる。ただし、この場合は、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 経管栄養法から経口栄養法への移行は、誤嚥性肺炎の危険も生じることから、次のことを確認した上で実施すること。 ①全身状態が安定していること(血圧、呼吸、体温が安定し、現疾患の病態が安定) ②刺激なくとも覚醒を保っていられること。 ③嚥下反射が見られること。 ④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"/>	
(7) 経口移行加算を180日間にわたり算定後、経口摂取できなかった場合に、期間を空けて再度摂取のための支援をした場合は、算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) 口腔状態により、歯科医療における対応も想定されることから、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなど適切な措置を講じること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 経口維持加算(Ⅰ)	1月につき400単位を加算			
(1) 定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 入院患者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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	
(4) 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 多職種協働により実施するための体制が整備されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入院患者に対して、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、入院患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、入院患者ごとに、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影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、医師又は歯科衛生士の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入院患者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治医の指導を受けている場合に限る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 経口維持計画に従い、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、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、入院患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、継続して経口による食事摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成すること。 ※入院患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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) (9)の計画について、特別な管理の対象となる入院患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"/>
(11) 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、その記載で経口維持計画の作成に代えることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護療養施設サービス

※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	
(13)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"/>
(14)栄養ケア・マネジメントの未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15)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"/>
22-2. 経口維持加算(Ⅱ)	1月につき100単位を加算		
(1)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"/>
(2)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"/>
(3)入院患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り、経口維持計画を策定した場合であること。 ※入院患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。	<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"/>
23. 口腔衛生管理加算	1月につき90単位を加算		
(1)施設において、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、入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入院患者に対し、口腔衛生の管理を月2回以上行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)歯科衛生士が、(1)における入院患者に係る口腔清掃等について、介護職員に対し、具体的な技術的助言を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)における入院患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"/>

介護療養施設サービス

※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	
(5) 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院患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"/>
(6) 歯科医師の指示を受けて当該施設の入院患者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、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、当該入院患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を様式3(平成30年4月版 介護報酬の解釈P735)を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該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院患者に対して提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項を口腔衛生管理に関する記録に記入すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 当該歯科衛生士は、入院患者の口腔状態により医療保険対応が必要な場合には、当該歯科医師及び当該施設の介護職員等への情報提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 訪問歯科衛生指導料が3回以上算定されていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 療養食加算	1日につき3回を限度として6単位を加算		
(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) 入院患者の年齢、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、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、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"/>

介護療養施設サービス

※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	
(5) 定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 在宅復帰支援機能加算	1日につき10単位を加算		
(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院した者の総数のうち、当該期間内に退院し、在宅において介護を受けることとなった者(当該施設における入院期間が1月間を超えていた退院患者に限る。)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) 退院患者の退院後30日以内に、当該施設の従業者が当該退院患者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退院患者の在宅における生活が1か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) 入院患者の家族との連絡調整を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 入院患者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入院患者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退院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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 特定診療費			
入院患者に対して、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ものを行った場合に、別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すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1月につき3単位を加算		
(1) 施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状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(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)の占める割合が2分の1以上であること。	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※認知症介護に係る専門的な研修・・・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			

介護療養施設サービス

※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	
<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行っていること。</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"/>
27-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)			
1月につき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…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</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"/>
28. 認知症行動・心理症状緊急対応加算			
1日につき200単位を加算			
<p>(1)医師が、認知症の行動・心理状況が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所生活介護を利用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)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できる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)利用を開始した日から起算して7日を限度とすること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(6)次に掲げる者が、直接、短期入所生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護療養施設サービス

※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		
①病院又は診療所に入院中の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
(7)当該入院患者が入所前の1月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)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. 排せつ支援加算	1月につき100単位を加算			
<p>(1)排せつに介護を要する入院患者(※)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(※)と医師又は医師と連携した看護師が判断した者であること。</p> <p>※「排せつに介護を要する入院患者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版(平成27年4月改定)」の方法を用いて、排尿または排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。</p> <p>※「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、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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	
<p>(2)施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入院患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、当該計画に基づく支援を継続して実施していること。</p> <p>※支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を様式6(平成30年4月版 介護報酬の解釈 P738)の様式を参考に作成すること。</p> <p>※要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、改善の見込みの判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入院患者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護療養施設サービスにおいては、支援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、その記載をもって支援計画の作成に代えることができる。</p>	□	□	□
(3) 支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限ること。	□	□	□
(4) 同一入院期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しないこと。	□	□	□
(5) 入院患者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならないものであること。	□	□	□
(6) 改善の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。	□	□	□
(7) 医師と連携した看護師が改善の見込みの判断を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談すること。	□	□	□

介護療養施設サービス

※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	
(8) 当該支援計画の実施に当たっては、計画の作成に関与した者が、入院患者又はその家族に対し、現在の排せつに係る状態の評価、改善の見込みの内容、排せつに介護を要する要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入院患者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入院患者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入院患者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、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見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入院患者又はその家族に説明すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 安全対策体制加算	20単位(入所時に1回)		
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指定介護療養型医療施設が、入院患者に対し、指定介護療養施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入院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 指定介護療養型医療施設基準第三十四条第一項(※)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設置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ 指定介護療養型医療施設基準第三十四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 当該指定介護療養型医療施設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"/>
31. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日につき22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"/>

介護療養施設サービス

※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		
(1) 次のいずれかに適合すること。 ① サービスを行う病棟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。 ② サービスを行う病棟の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 提供する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(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日につき18単位を加算			
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) サービスを行う病棟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(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日につき6単位を加算			
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) 次のいずれかに適合すること。 ① サービスを行う病棟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。 ② サービスを行う病棟の看護・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。 ③ 利用者に直接サービスを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(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通				
(1) 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書

介護療養施設サービス

※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		
(2) 改善計画書の作成、周知、届出がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(3) 賃金の改善を実施していること。 (介護従業者1人当たり月額: 円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	賃金改善確認書
(4) 処遇改善に関する実績の報告がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑を受けた事例はないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 労働保険料を適正に納付していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の26を加算			
(1) 次の①～⑦の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、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"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、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。 (1) 計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2) 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、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"/>	

介護療養施設サービス

※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		
⑥ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する次の仕組みを設けていること。 (1)経験に応じて昇給する仕組み(勤続年数や経験年数に応じて昇給する仕組み) (2)資格等に応じて昇給する仕組み(資格取得に応じて昇給する仕組み) (3)一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み(実技経験や人事評価などの結果に基づき昇給する仕組み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	評価基準や昇給条件が明文化されたもの
⑦ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32-3. 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の19を加算			
(1) 次の①～⑥の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、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"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、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。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、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"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
32-4. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の10を加算			
(1) 次の①～③又は④～⑤に適合し、かつ、⑥に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、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"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、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。 (1) 計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2) 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、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"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通				
(1) 次のa～dに掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
a 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。(ただし、当該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。) ※経験・技能のある介護職員…介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護療養施設サービス

※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		
点検事項				
b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に関する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。（ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りではない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)改善計画書の作成、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
(3)賃金改善の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)処遇改善に関する実績の報告をしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5)介護職員処遇改善加算の(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)(6)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"/>	
33-2. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の15を加算			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33-3. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の11を加算			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通事項全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. 介護職員等ベースアップ等支援加算				
(1)賃金改善に関する介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、計画に基づく措置、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ベースアップ等支援加算処遇改善計画書
(2)賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回り、その見込額の三分の二以上を基本給または決まって毎月支払われる手当に充てること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	