

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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. 定員超過利用による減算		所定単位数の100分の70を算定			
利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 人員基準欠如による減算		所定単位数の100分の70を算定			
指定基準に定める員数の看護職員または介護職員を置いていること。(自己点検表の「Ⅱ人員に関する基準」参照。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 夜勤減算		所定単位数の100分の97を算定			
夜間及び深夜の時間帯を通じて、常に標準数(1以上)の介護従業者を共同生活住居ごとに確保していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 身体拘束廃止未実施減算		利用者全員に対して所定単位数の10%減算 短期利用の場合は所定単位数の1%減算			
(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。		<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。 (認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができます。)		<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"/>	
5. 高齢者虐待防止措置未実施減算		利用者全員に対して所定単位数の1%減算			
(1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)を定期的開催するとともに、その結果について、認知症対応型共同生活介護従業者に周知徹底を図ること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 事業所において、介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回以上定期的実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) (1)から(3)に掲げる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"/>	
6. 業務継続計画未策定減算		利用者全員に対して1日につき所定単位数の3%減算			

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさ ない		
<p>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し、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）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じていること。</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"/>	
7. 3ユニットの場合で、夜勤者の配置を2人にする場合の減算		1日につき所定単位数から50単位を減算		
<p>共同生活住居の数が3である事業所が、夜勤を行う職員数を2人以上とする場合（指定介護予防地域密着型サービス基準第70条第1項ただし書に規定する場合に限る。）に、利用者に対して、サービス提供を行った場合は、所定単位数から1日につき50単位を差し引いて得た単位数を算定すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 短期利用認知症対応型共同生活介護の算定				
(1) 事業者が指定居宅サービス等の運営について3年以上の経験を有すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用しているものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 1の共同生活住居において、短期利用認知症対応型生活介護を受ける利用者の数は1名である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者が確保されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 人員基準を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 夜間支援体制加算（Ⅰ）（共同生活住居が1の場合）		1日につき50単位を加算		
(1) 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. 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"/>	
b. 介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）に該当するものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. 夜勤を行う介護従業者の数が基準に規定する数に1（次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
一 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該事業所の利用者の10分の1以上の数設置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさ ない		
二 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 基準の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従事者に加え、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9-2. 夜間支援体制加算(Ⅱ)(共同生活住居が2以上の場合)	1日につき25単位を加算			
(1)厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. 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"/>	
b. 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)又は介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)に該当するものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. 夜勤を行う介護従業者の数が基準に規定する数に一(次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9)を加えた数以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
一 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該事業所の利用者の10分の1以上の数設置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
二 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 基準の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従事者に加え、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 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			
(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、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護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、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、利用を開始した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさない		
(4)次に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同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。 ①病院又は診療所に入院中の者 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 ③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、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用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、事業所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)入居を開始した日から起算して7日を限度として算定していること。ただし、利用開始後8日目以降の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用の継続を妨げるものではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 若年性認知症利用者受入加算	1日につき120単位を加算			
(1)厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)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)ごとに個別に担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 入居者の入退院支援	1日につき246単位を算定			
(1)入居者が、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)(1)の体制を確保している場合には、入居者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として算定。	<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)入居した日から起算して30日以内であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)過去3月間(ただし日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者の場合は過去1月間)の間に、当該事業所に入居したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)30日を超える病院又は診療所への入院の後に再入居する場合も同様であること。 ※(2)にかかわらず算定される。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさ ない		
14. 退居時情報提供加算	一人に1回に限り250単位を算定			
(1) 利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合であること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用者1人につき1回、利用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は算定できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 退居時相談援助加算	1回につき400単位を算定			
(1) 利用期間が1月を超える利用者が退居していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 退居時に利用者又は家族等に対して退居後の介護予防サービス、地域密着型介護予防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っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居住地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者に係る介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスに必要な情報を提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い、当該相談援助を行った日付及び相談援助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"/>	
(5) 利用者1人につき1回を限度として算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日につき3単位を加算 認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定しない			
(1) 利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当する利用者)の割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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人未満である場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、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⇒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(日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程、日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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		
16-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日につき4単位を加算 認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定しない			
(1) 利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当する利用者)の割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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人未満である場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ※認知症介護の指導に係る専門的な研修⇒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(日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程、日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 事業所の従業者に対して、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 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。 ※認知症介護の指導に係る専門的な研修⇒認知症介護指導者養成研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 事業所の介護職員、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1月につき150単位を加算 認知症専門ケア加算を算定している場合は算定しない			
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) 事業所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者(対象者)の占める割合が2分の1以上であること。 ※「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Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当する利用者等を指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	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一名以上配置し、かつ複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。</p> <p>「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」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「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」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修(認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。)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> <p>※チームは、本加算の対象者である入所者等個人に対し計画的にBPSDの評価指標を用いて評価を実施し、その評価の結果に基づき、チームケアの計画を作成・実施すること。計画の作成にあたっては、評価の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者等の状態に応じて個別に作成することとし、画一的な計画とならないよう留意すること。また、ケアにおいて入所者等の尊厳が十分保持されるよう留意すること。</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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-2. 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	1月につき120単位を加算 認知症専門ケア加算を算定している場合は算定しない		
(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき100単位を加算 ※3月に1回を限度		

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	満たす	満たさない	
<p>(1) 計画作成担当者が、介護予防訪問リハビリテーション事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした介護計画を作成し、当該介護計画に基づく介護予防認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該介護予防認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。</p> <p>※病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3) 3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度、理学療法士等の助言に基づき介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-2. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき200単位を加算		
<p>(1) 利用者に対して、介護予防訪問リハビリテーション事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行っていること。</p> <p>※リハビリテーションを実施している医療提供施設⇒診療報酬における疾患別リハビリテーション科の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院</p> <p>※病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) 生活機能の向上を目的とした介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該介護計画に基づく介護予防認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該介護予防認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>※計画に記載すべき事項(・利用者が自立して行おうとする行為の内容 ・3月を目途とする達成目標 ・各月の目標 ・介護従事者が行う介助等の内容)</p> <p>※機能訓練指導員等 ⇒ 機能訓練指導員・看護職員・介護職員・生活相談員・その他の職種の者</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさない		
(3) 本加算は(2)の介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度(1)の評価に基づき介護計画を見直す必要があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 栄養管理体制加算	1月につき30単位を加算			
(1) 事業所において、管理栄養士(当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。)が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。 ※ 算定に係る管理栄養士は、他の介護事業所(栄養管理体制加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により体制を確保した場合も、算定できる。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたって、以下の事項を記録すること。 イ 当該事業所において利用者の栄養ケアを推進するための課題 ロ 当該事業所における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ その他必要と思われる事項	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 口腔衛生管理体制加算	1月につき30単位を加算			
(1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」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) (1)の助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。 ※計画に記載すべき事項(イ. 利用者の口腔ケアを推進するための課題 ロ. 当該事業所における目標 ハ. 具体的方策 ニ. 留意事項 ホ. 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況 ヘ. 歯科医師からの指示内容の要点 ト. その他必要と思われる事項)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) (1)の助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさ ない		
点検事項				
21. 口腔・栄養スクリーニング加算	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。口腔・栄養スクリーニングは利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われること、介護職員等は利用者全員の口腔の健康状態、栄養状態を継続的に把握すること。 イ 口腔スクリーニング a 開口ができない者 b 歯の汚れがある者 c 舌の汚れがある者 d 歯肉の腫れ、出血のある者 e 左右両方の奥歯でしっかりかみしめることができない者 f むせやすい者 g ぶくぶくうがいができない者 h 食物のため込み、残留がある者	<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。 ロ 栄養スクリーニング ①BMIが18.5未満である者 ②1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo. 11の項目が「1」に該当する者 ③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ④食事摂取量が不良(75%以下)である者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 当該事業所以外で、既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 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"/>	
22. 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月に1回、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)に規定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"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさ ない		
23. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1月につき10単位を所定単位数に加算			
次の(1)(2)(3)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 指定地域密着型サービス基準第五条第一項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関との間で、新興感染症を除く感染症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	<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一年に一回以上参加していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23-2. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1月につき5単位を所定単位数に加算			
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、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実施指導を受けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月につき100単位を所定単位数に加算			
イ 次の(1)～(5)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。 (一) 介護機器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 (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (三) 介護機器の定期的な点検 (四) 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) 介護機器を複数種類活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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		
(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"/>	
24-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	1月につき10単位を所定単位数に加算			
□ 次の(1)(2)(3)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)イ(1)に適合していること。	<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)及びイ(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"/>	
25. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日につき22単位を加算			※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可
下記(1)(2)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)次のいずれかに適合すること。 ①施設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70以上であること。 ②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25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)定員・人員基準に適合していること。(定員超過利用・人員基準欠如をしていない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日につき18単位を加算			※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可
下記(1)(2)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。 ※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)定員・人員基準に適合していること。(定員超過利用・人員基準欠如をしていない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日につき6単位を加算			※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可
下記(1)(2)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	満たす	満たさ ない	
<p>点検事項</p> <p>(1) 次のいずれかに適合すること。 ① 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 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。</p> <p>※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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 定員・人員基準に適合していること。(定員超過利用・人員基準欠如をしていない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 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"/>
<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	満たす	満たさない	
(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)のいずれかを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-2. 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"/>
26-3. 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"/>
26-4. 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"/>
26-5. 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していないこと。	<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"/>
26-6. ヘ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)			

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	満たす	満たさない	
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)(ニ)、(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"/>
26-7. 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ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(ニ)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"/>
26-8. 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)(ニ)、(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"/>
26-9. 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ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(ニ)、(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"/>
26-10. 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ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(ニ)、(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"/>
26-11. ル 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)			

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	満たす	満たさない	
<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>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。</p> <p>b aについて、全ての介護職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>26-12. ヲ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(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)を届け出しており、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。</p> <p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>26-13. ウ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>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。</p> <p>b aについて、全ての介護職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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	
	満たす	満たさ ない		
26-14. 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)(ニ)、(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"/>	
26-15. 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。	<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等処遇改善加算(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"/>	
26-16. ク 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等処遇改善加算(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)(ニ)、(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"/>	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

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
	満たす	満たさない	
26-17. 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。			
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b aについて、全ての介護職員に周知していること。			
26-18. 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。			
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b aについて、全ての介護職員に周知していること。			

認知症対応型共同生活介護費

※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
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無	
1. 定員超過利用による減算	所定単位数の100分の70を算定			
利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 人員基準欠如による減算	所定単位数の100分の70を算定			
指定基準に定める員数の看護職員または介護職員を置いていること。(自己点検表の「Ⅱ人員に関する基準」参照。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 夜勤減算	所定単位数の100分の97を算定			
夜間及び深夜の時間帯を通じて、常に標準数(1以上)の介護従業者を共同生活住居ごとに確保している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 身体拘束廃止未実施減算	利用者全員に対して所定単位数の10%減算 短期利用の場合は所定単位数の1%減算			
(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。	<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。 (認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができます。)	<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"/>	
5. 高齢者虐待防止措置未実施減算	利用者全員に対して所定単位数の1%減算			
(1)事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる。)を定期的開催するとともに、その結果について、認知症対応型共同生活介護従業者に周知徹底を図ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)事業所において、介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)(1)から(3)に掲げる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"/>	
6. 業務継続計画の未策定減算	利用者全員に対して1日につき所定単位数の3%減算			

認知症対応型共同生活介護費

※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			請求実績無
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無	
<p>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し、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)を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じていること。</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"/>	
7. 3ユニットの場合で、夜勤者の配置を2人にする場合の減算		1日につき所定単位数から50単位を減算		
<p>共同生活住居の数が3である事業所が、夜勤を行う職員数を2人以上とする場合(指定地域密着型サービス基準第90条第1項ただし書に規定する場合に限る。)に、利用者に対して、サービス提供を行った場合は、所定単位数から1日につき50単位を差し引いて得た単位数を算定すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 短期利用認知症対応型共同生活介護の算定				
(1)事業者が指定居宅サービス等の運営について3年以上の経験を有すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用しているものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)1の共同生活住居において、短期利用認知症対応型生活介護を受ける利用者の数は1名である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者が確保されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)人員基準を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 夜間支援体制加算(Ⅰ)(共同生活住居が1の場合)		1日につき50単位を加算		
厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)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"/>	
(2)認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)又は短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)に該当するものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)次のいずれかに該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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	
(一)夜勤を行う介護従業者の数が基準に規定する数に1(次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9)を加えた数以上であること。 a夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該事業所の利用者の10分の1以上の数設置していること。 b利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)基準の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従事者に加え、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-2. 夜間支援体制加算(Ⅱ)(共同生活住居が2以上の場合)	1日につき25単位を加算		
厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)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"/>
(2)認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)又は短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)に該当するものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次のいずれかに該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)夜勤を行う介護従業者の数が基準に規定する数に1(次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9)を加えた数以上であること。 a夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該事業所の利用者の10分の1以上の数設置していること。 b利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設定し、必要な検討等が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)基準の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従事者に加え、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 認知症行動・心理症状緊急対応加算(短期利用認知症対応型共同生活介護の場合のみ)	1日につき200単位を加算		
(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、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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			請求実績無
	請求実績有 満たす	満たさない		
(2)「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護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、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、利用を開始した場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)次に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同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。 ①病院又は診療所に入院中の者 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 ③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、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活、短期利用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、事業所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)入居を開始した日から起算して7日を限度として算定していること。ただし、利用開始後8日目以降の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用の継続を妨げるものではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 若年性認知症利用者受入加算	1日につき120単位を加算			
(1)厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)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"/>	
(3)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"/>	
12. 入居者の入退院支援	1日につき246単位を算定			
(1)入居者が、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)(1)の体制を確保している場合には、入居者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として算定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 看取り介護加算				
(1)厚生労働大臣が定める施設基準に適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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	
a. 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 看取りに関する職員研修を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)看護職員は、当該事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者等に対する随時の説明に係る同意を口頭で得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていることと認められること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)(5)の場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)退居等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であることから、退居等の翌月に亡くなった場合の前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)退居等の際、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、利用者等に対して説明し、文書にて同意を得ておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)死亡日以前31日以上45日以下については、1日につき72単位を加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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			請求実績無
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無	
(10) 死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき144単位を加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(11) 死亡日の前日及び前々日については、1日につき680単位を加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(12) 死亡日については、1日につき1280単位を死亡月に加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(13) 退居した日の翌日から死亡日までの間は算定しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(14) 医療連携体制加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(15) 看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 初期加算	1日につき30単位を加算			
(1) 入居日から起算して30日以内であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 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過去1月間)の間に当該事業所に入居したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 30日を超える病院又は診療所への入院の後に再入居する場合も同様であること。 ※(2)にかかわらず算定される。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 協力医療機関連携加算	(1)の場合1月につき100単位を加算 (2)の場合1月につき40単位を加算			
協力医療機関(基準第105条1項に規定する協力医療機関)との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に(概ね月に1回以上)開催すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a 利用者の病状が急変した場合等に、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b 当該事業者からの診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) (1) 以外の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 医療連携体制加算(Ⅰ)イ	1日につき57単位を加算			

認知症対応型共同生活介護費

※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
	満たす	満たさ ない	
(1)当該事業所の職員として、看護師を常勤換算方法で1名以上確保していること。 ※准看護師では本加算は認められない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)医療連携体制加算(Ⅰ)ロ及び(Ⅰ)ハを別区分同士の併用算定をしていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-2. 医療連携体制加算(Ⅰ)ロ	1日につき47単位を加算		
(1)当該事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師と24時間連絡できる体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)医療連携体制加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ハを別区分同士の併用算定をしていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-3. 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	1日につき37単位を加算		
(1)当該事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)医療連携体制加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロを別区分同士の併用算定をしていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-4. 医療連携体制加算(Ⅱ)	1日につき5単位を加算		
(1)医療連携体制加算(Ⅰ)イ、ロ又はハのいずれかを算定していること	<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、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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		
(一) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(三) 中心静脈注射を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(四) 人工腎臓を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(八) 褥瘡に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(九) 気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(十) 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"/>	
(十一) インスリン注射を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 退居時情報提供加算	一人につき1回に限り250単位を算定			
(1) 利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用者一人につき1回、利用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は算定できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 退居時相談援助加算	1回につき400単位を算定			
(1) 利用期間が1月を超える利用者が退居していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 退居後の居宅サービス又は地域密着型サービスその他の保健医療、福祉サービスについての相談援助をしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 利用者の同意の上、退居日から2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い、当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 利用者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"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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	
19. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日につき3単位を加算 認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定しない		
(1) 利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当する利用者)の割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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人未満である場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、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⇒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(日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程、日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 事業所の従業者に対して、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日につき4単位を加算 認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定しない		
(1) 利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMIに該当する利用者)の割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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人未満である場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ※認知症介護の指導に係る専門的な研修⇒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(日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程、日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 事業所の従業者に対して、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 認知症介護の指導に係る専門的な研修(※)を修了者を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。 ※認知症介護の指導に係る専門的な研修⇒認知症介護指導者養成研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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	
(5)事業所の介護職員、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"/>
20. 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1月につき150単位を加算 認知症専門ケア加算を算定している場合は算定しない		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1)事業所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者(対象者)の占める割合が2分の1以上であること。 ※「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Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する利用者等を指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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なる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。 「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」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「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」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修(認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。)を修了した者を指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。 ※チームは、本加算の対象者である入所者等個人に対し計画的にBPSDの評価指標を用いて評価を実施し、その評価の結果に基づき、チームケアの計画を作成・実施すること。計画の作成にあたっては、評価の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者等の状態に応じて個別に作成することとし、画一的な計画とならないよう留意すること。また、ケアにおいて入所者等の尊厳が十分保持されるよう留意すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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	
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-2. 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	1月につき120単位を加算 認知症専門ケア加算を算定している場合は算定しない		
(1) 認知症ケア推進加算(Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき100単位を加算 ※3月に1回を限度 ※(Ⅰ)(Ⅱ)の併算定不可		
(1) 計画作成担当者が、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした介護計画を作成し、当該介護計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。 ※病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度、理学療法士等の助言に基づき介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-2. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき200単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)の併算定不可		

認知症対応型共同生活介護費

※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	
<p>(1)利用者に対して、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行っていること。</p> <p>※リハビリテーションを実施している医療提供施設⇒診療報酬における疾患別リハビリテーション科の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院</p> <p>※病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)生活機能の向上を目的とした介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該介護計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>※計画に記載すべき事項(・利用者が自立して行おうとする行為の内容 ・3月を目途とする達成目標 ・各月の目標 ・介護従事者が行う介助等の内容)</p> <p>※機能訓練指導員等 ⇒ 機能訓練指導員・看護職員・介護職員・生活相談員・その他の職種の者</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3)本加算は(2)の介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度(1)の評価に基づき介護計画を見直す必要があること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得ること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 栄養管理体制加算	1月につき30単位を加算		
<p>(1)事業所において、管理栄養士(当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。)が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。</p> <p>※算定に係る管理栄養士は、他の介護事業所(栄養管理体制加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により体制を確保した場合も、算定できる。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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	
	満たす	満たさ ない		
<p>点検事項</p> <p>(2)「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたって、以下の事項を記録すること。 イ 当該事業所において利用者の栄養ケアを推進するための課題 ロ 当該事業所における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ その他必要と思われる事項</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(3)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 口腔衛生管理体制加算	1月につき30単位を加算			
<p>(1)歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」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>(2)(1)の助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。 ※計画に記載すべき事項(イ. 利用者の口腔ケアを推進するための課題 ロ. 当該事業所における目標 ハ. 具体的方策 ニ. 留意事項 ホ. 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況 ヘ. 歯科医師からの指示内容の要点 ト. その他必要と思われる事項</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(3)(1)の助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 口腔・栄養スクリーニング加算	1回につき20単位を加算			
<p>(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。口腔・栄養スクリーニングは利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われること、介護職員等は利用者全員の口腔の健康状態、栄養状態を継続的に把握すること。 イ 口腔スクリーニング a 開口ができない b 歯の汚れがある者 c 舌の汚れがある者 d 歯肉の腫れ、出血のある者 e 左右両方の奥歯でしっかりかみしめることができない者 f むせやすい者 g ぶくぶくうがいができない者 h 食物のため込み、残留がある者</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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	
(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。			
ロ栄養スクリーニング ①BMIが18.5未満である者 ②1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo. 11の項目が「1」に該当する者 ③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ④食事摂取量が不良(75%以下)である者	□	□	□
(3) 当該事業所以外で、既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できないこと。	□	□	□
(4) 定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。	□	□	□
25. 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月に1回、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。			
(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)に規定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。	□	□	□
26. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1月につき10単位を所定単位数に加算		
次の(1)(2)(3)のいずれにも適合すること。	□	□	□
(1) 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。	□	□	□
(2) 指定地域密着型サービス基準第105条第1項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関との間で、新興感染症を除く感染症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	□	□	□
(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。	□	□	□

認知症対応型共同生活介護費

※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		
26-2. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1月につき5単位を所定単位数に加算			
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、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実施指導を受けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. 新興感染症等施設療養費	1日につき240単位			
事業所が、利用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利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月につき100単位を所定単位数に加算			
イ 次の(1)から(5)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。 (一) 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介護機器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 (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (三) 介護機器の定期的な点検 (四) 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) 介護機器を複数種類活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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"/>	
28-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	1月につき10単位を所定単位数に加算			
ロ 次の(1)(2)(3)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) イ(1)に適合していること。	<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"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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		
(3)事業年度ごとに(2)及びイ(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"/>	
29. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1日につき22単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可				
下記(1)(2)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)次のいずれかに適合すること。 ①施設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70以上であること。 ②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25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)定員・人員基準に適合していること。(定員超過利用・人員基準欠如をしていない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1日につき18単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可				
下記(1)(2)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。 ※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)定員・人員基準に適合していること。(定員超過利用・人員基準欠如をしていない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1日につき6単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可				
下記(1)(2)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)次のいずれかに適合すること。 ①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。 ※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)定員・人員基準に適合していること。(定員超過利用・人員基準欠如をしていない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 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"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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
	満たす	満たさ ない	
<p>点検事項</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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			請求実績無
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無	
(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)のいずれかを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30-2. 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"/>	
30-3. 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"/>	
30-4. 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"/>	
30-5. 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していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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
	満たす	満たさ ない	
(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"/>
30-6. 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"/>
30-7. 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ること。	<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"/>
30-8. 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(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、(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"/>
30-9. 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"/>
30-10. ヌ 介護職員等処遇改善加算(V)(6)			

認知症対応型共同生活介護費

※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	
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"/>
30-11. 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"/>
30-12. ヲ 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"/>
30-13. ウ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)			

認知症対応型共同生活介護費

※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	
	満たす	満たさ ない		
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"/>	
30-14. 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"/>	

認知症対応型共同生活介護費

※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
	満たす	満たさ ない	
30-15. ヨ 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。	<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"/>
30-16. 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"/>
30-17. 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"/>

認知症対応型共同生活介護費

※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	
(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"/>
30-18. 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等処遇改善加算(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"/>