

# 介護老人保健施設サービス

※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		
<b>1. 夜勤減算</b>	1日につき所定単位数の100分の97を算定			
次の基準を満たさない場合は、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)看護職員又は介護職員数2人以上(短期入所療養介護の利用者の数及び当該老人保健施設の入所者の数の合計数が40人以下で、常時、緊急時連絡体制を整備している場合は、1以上)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)ユニット型は、2ユニットごとに看護職員又は介護職員の数が1人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. ユニットにおける職員に係る減算</b>	1日につき所定単位数の100分の97を算定			
次の施設基準を満たさない場合は、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. 身体拘束廃止未実施減算</b>	1日につき所定単位数の100分の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、その際の入所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"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
4. 安全管理体制未実施減算	1日につき5単位を減算		
(1) 運営基準における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ない場合 イ 事故発生時の対応、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を置くこと  ※介護老人保健施設基準第36条第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 高齢者虐待防止措置未実施減算	入所者全員に対して所定単位数の100分の1を減算		
施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、以下の(1)から(4)に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 施設において、高齢者虐待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、その結果について従業者に周知徹底を図っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 施設において、高齢者虐待防止のための指針を整備していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 従業者に対し、高齢者虐待防止のための年2回以上の研修を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) (1)から(3)の措置を適正に実施するための担当者を置いていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 業務継続計画未実施減算	入所者全員に対して所定単位数の100分の3を減算		
感染症や非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施し、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。	<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、当該事業所の入所者全員について、所定単位数から減算することとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
7. 栄養管理に係る減算	1日につき14単位を減算		
(1)入所定員100以上の介護老人保健施設にあっては、栄養士又は管理栄養士を1以上配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)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"/>
8. 室料相当額控除	1日につき26単位を控除		
(1)算定日が属する計画期間の前の計画期間(算定日が計画期間の開始後4月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間)の最終年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多いこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※令和7年8月以降、次に掲げる要件に該当する場合、多床室の利用者に係る介護保健施設サービス費について、室料相当額を控除することとする。			
①当該介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8以上であること。なお、療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②令和7年8月から令和9年7月までの間は、令和6年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり7か月以上であること。  令和9年8月以降は、算定日が属する計画期間の前の計画期間(算定日が計画期間の開始後4月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間)の最終年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多いこと。 具体的には、令和9年8月から令和12年7月までの間は、令和8年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり7か月以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 夜勤職員配置加算	1日につき24単位を加算		
(1)利用者等の数が41人以上の場合、夜勤を行う看護職員又は介護職員の数は2名を超えて配置、かつ、利用者等の数が20又はその端数を増すごとに1以上配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者等の数が40人以下の場合、夜勤を行う看護職員又は介護職員の数は1名を超えて配置、かつ、利用者等の数が20又はその端数を増すごとに1以上配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさな い		
10. 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1日につき258単位を加算			
(1) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(Ⅱ)において「医師等」という。)が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的(20分以上の個別リハビリテーションを1週につきおおむね3日以上実施)に行った場合であって、かつ原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している。  ※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 過去3月以内に介護老人保健施設に入所したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10-2. 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1日につき200単位を加算			
(1) 入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 過去3月以内に介護老人保健施設に入所したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1日につき240単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可			
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師は、精神科医師若しくは精神内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師。
(4) 記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日実施することを標準とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(5)過去3月の間に本加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者ごとに保管されること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)リハビリテーションの時間が20分に満たない場合は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8)当該加算は、当該入所者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、当該入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえリハビリテーション計画を作成している場合に算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9)当該入所者の入所後8日以降に居宅等を訪問した場合は、当該訪問日以降に限り、当該加算を算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10)入所前後訪問指導加算の算定に当たって行う訪問により把握した生活環境を踏まえてリハビリテーション計画を作成している場合についても、当該加算を算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11-2. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1日につき120単位を加算			※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師は、精神科医師若しくは精神内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師。
(4)記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日実施することを標準とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)過去3月の間に本加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者ごとに保管されること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)リハビリテーションの時間が20分に満たない場合は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
12. 認知症ケア加算	1日につき76単位を加算		
(1)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利用者にサービスを行った場合であること。 ※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入居者:日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めたもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)認知症の入所者その他の入所者を区分し、次の施設及び設備を有していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①専ら認知症の入所者を入所させる施設であって、原則として、同一の建物や階において短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②入所定員は40人を標準とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③施設内に入所定員の1割以上の数の個室があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④1人当たり2平方メートル以上のデイルームがあること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤家族が介護方法に関する知識や技術を習得するための、30平方メートル以上の施設を設けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所者は単位ごとに10人を標準とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)看護職員や介護職員を単位ごと固定で配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)ユニット型ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 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)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"/>
14. 外泊加算	1月に6日を限度として1日につき362単位を加算		
(1)入所者に対して居室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"/>
(2)1月に6日を限度として算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)外泊の初日及び最終日の算定を行っていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)外泊の期間中は、当該入所者について居室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"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
15. 外泊時に在宅サービスを利用したときの費用	1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定		
(1)入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健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)外泊の初日及び最終日は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)外泊時費用を算定している際には、併算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ターミナルケア加算			
(1)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"/>
①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"/>
②入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルに係る計画が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求めに応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所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、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所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、支援相談員、管理栄養士等が利用者の状態等に応じて随時、入所者に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケア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"/>
(4)(3)の場合には、適切なターミナルケア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、内容等を記録するとともに、入所者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず施設への来所がなかった旨を記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)退所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、退所等の翌月に亡くなった場合の前月分のターミナルケア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"/>
(6)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(療養型:80単位)を加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき160単位(療養型:160単位)を加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)死亡日の前日及び前々日については、1日につき910単位(療養型:850単位)を加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
(9)死亡日については、1日につき1,900単位(療養型:1,700単位)を死亡月に加算。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)退所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"/>
(11)施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. 初期加算</b>			
(1)初期加算は、入所者については、介護老人保健施設へ入所した当初には施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って加算するものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)「入所日から30日間中」に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の場合は過去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所した場合は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17-2. 初期加算(Ⅰ)</b>		<b>1日につき60単位を加算</b>	
次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、当該老人保健施設に入所した日から起算して30日以内の期間であること。 ※初期加算(Ⅱ)を算定している場合は、算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ. 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的(概ね月に2回以上実施)に共有していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ. 当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイト定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数の医療機関の入退院支援部門に対し、定期的(概ね月に2回以上実施)に当該情報を共有していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17-3. 初期加算(Ⅱ)</b>		<b>1日につき30単位を加算</b>	
入所した日から起算して30日以内の期間であること。 ※初期加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
<b>18. 退所時栄養情報連携加算</b>	1月につき1回を限度として70単位を加算		
(1)別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、介護老人保健施設から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設(以下、当該加算において「医療機関等」という。)に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の管理栄養に関する情報を提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)栄養ケア・マネジメント未実施減算又は栄養マネジメント強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19. 再入所時栄養連携加算</b>	1回に限り200単位を加算		
(1)介護老人保健施設に入所している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であり、当該介護保険施設の栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し、当該者に関する栄養ケア計画を策定したときに、入所者1人につき1回を限度として算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所者又はその家族の同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)</b>	1回を限度とし450単位を加算		
(1)入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所前後訪問指導加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しなかった場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③予定の変更に伴い、入所しなかった場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、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)入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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"/>

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	
20-2. 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	1回を限度とし480単位を加算		
(1)退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、(4)に掲げる職種が会議を行い、生活機能の具体的な改善目標及び退所後の生活に係る支援計画を共同して定めた場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所前後訪問指導加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しなかった場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③予定の変更に伴い、入所しなかった場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、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)入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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"/>
退所時等支援等加算 退所時等支援加算 21-1(1). 試行的退所時指導加算	1月に1回を限度として400単位を加算		
(1)退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)試行的退所時指導の内容は、次のようなものであること。	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排せつ訓練の指導。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③家屋の改善の指導。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
④退所する者の介助方法の指導。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所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（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 当該入所者又は家族に対し、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"/>
(7) 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 試行的退所期間中は、介護保険法に規定する居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用はできないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健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"/>
(11) 試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①退所して病院又は診療所へ入院する場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②退所して他の介護保険施設へ入院する場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③死亡退所の場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 試行的退所時指導は、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"/>
(13) 試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) 試行的退所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"/>

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		
退所時等支援等加算 退所時等支援加算 21-1(2). A退所時情報提供加算(I)	1回を限度として500単位を加算			
入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも算定できること。				
退所時等支援等加算 退所時等支援加算 21-1(2). B退所時情報提供加算(II)	1回を限度として250単位を加算			
入所者が退所し、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、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
退所時等支援等加算 退所時等支援加算 21-1(3). 入退所前連携加算(I)	1回を限度として600単位を加算			
(1)入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
退所時等支援等加算 退所時等支援加算 21-1(4). 入退所前連携加算(II)	1回を限度として400単位を加算			
(1)入退所前連携加算(I)の(2)の要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)入退所前連携加算(I)を算定している場合は入退所前連携加算(II)は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
退所時等支援等加算 21-2. 訪問看護指示加算	1回を限度して300単位を加算		
(1)施設の医師が診療に基づき指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)又は指定看護小規模多機能型居宅介護(看護サービスを行う場合に限る。)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)交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 協力医療機関連携加算	1月につき50単位(令和7年4月1日以降) 1月につき100単位を加算(令和7年3月31日まで)		
当該施設において、協力医療機関(指定介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準第30条第1項本文に規定する協力医療機関をいう。)との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している。  ※「会議を定期的開催」とは、概ね月1回以上開催される必要あり。 ※会議の開催状況について、その概要を記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。  ※当該協力医療機関が、指定介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準第30条第1項各号に掲げる要件を満たしている場合 50単位 (経過措置…令和7年3月31日までの間は、100単位とする。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②当該施設からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③入所者の病状が急変した場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。  ※複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより①②③の3要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) (1)以外の場合 5単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
<b>23. 栄養マネジメント強化加算</b>	1日につき11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) 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50(施設に常勤の栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、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作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミールラウンド)を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の観察の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>24. 経口移行加算</b>	1日につき28単位を加算			
(1) 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取の栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること。 ※栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。 ※経口移行計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア計画(参考様式)を準用
(3) 当該計画については入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア計画(参考様式)を準用
(4) 当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
<p>(6)算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までとするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限ること。</p> <p>※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。</p> <p>(7)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うることから、次のことを確認した上で実施すること。</p> <p>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)</p> <p>②刺激なくとも覚醒を保っていられること。</p> <p>③嚥下反射が見られること。</p> <p>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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(8)経口移行加算を180日間にわたり算定後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、算定できないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(9)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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(10)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"/>
<b>25. 経口維持加算( I )</b>	<b>1月につき400単位を加算</b>		
<p>(1)現に経口摂取している者で、摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事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。</p> <p>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、対象となる入所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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)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、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、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。</p> <p>※入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(3) (2)の計画について、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合、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"/>	
(5) 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"/>	
(6) 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"/>	
(7) 栄養管理に係る減算、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"/>	
(8) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>25-2. 経口維持加算(Ⅱ)</b>	<b>1月につき100単位を加算</b>			
(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) 入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わり、経口維持計画を策定した場合であること。	<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"/>	
<b>26. 口腔衛生管理加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき90単位を加算</b>			※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可
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) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月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)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供について同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を作成し、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所者に対し提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 当該歯科衛生士は、入所者の口腔の状態により保険医療対応が必要な場合には、当該歯科医師及び当該施設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算定された月においては、3回以上算定された場合には算定できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-2. 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1月につき110単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
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) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 療養食加算	1回につき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) 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 疾病治療の直接手段として、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"/>

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) 1日3回を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）</b>	<b>1日につき51単位を加算（基本型のみ）</b>		
(1)次に掲げる算式により算定した数が40以上であること。 A+B+C+D+E+F+G+H+I+J 備考 この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 算定日が属する月の前6月間において退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。)の占める割合が100分の50を超える場合にあっては20、100分の50以下であり、かつ、100分の30を超える場合にあっては10、100分の30以下であった場合にあっては0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が100分の10以上であった場合は20、100分の10未満であり、かつ、100分の5以上であった場合は10、100分の5未満であった場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も含む。)を行った者の占める割合が100分の35以上であった場合は10、100分の35未満であり、かつ、100分の15以上であった場合は5、100分の15未満であった場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。)の占める割合が100分の35以上であった場合は10、100分の35未満であり、かつ、100分の15以上であった場合は5、100分の15未満であった場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、法第八条第八項に規定する通所リハビリテーション及び法第八条第十項に規定する短期入所療養介護について、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。)において全てのサービスを実施している場合は五、いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは三、いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは一、いずれか一種のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は零となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
F 当該施設において、常勤換算方法(介護老人保健施設基準第二条第三項に規定する常勤換算方法をいう。以下、この号において同じ。)で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が、5以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100を乗じた数がそれぞれ0.2以上である場合は5、5以上の場合は3、5未満であり、かつ、3以上である場合は2、3未満である場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G 当該施設において、常勤換算方法で換算した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が3以上であり、かつ、社会福祉士である支援相談員を1名以上配置している場合は5、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が3以上の場合は3、3未満であり、かつ、2以上の場合は1、2未満の場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の50以上であった場合は5、100分の50未満であり、かつ、100分の35以上であった場合は3、100分の35未満であった場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上であった場合は5、100分の10未満であり、かつ、100分の5以上であった場合は3、100分の5未満であった場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上であった場合は5、100分の10未満であり、かつ、100分の5以上であった場合は3、100分の5未満であった場合は0となる数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 地域に貢献する活動を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(i)若しくは(iii)又はユニット型介護保健施設サービス費(I)のユニット型介護保健施設サービス費(i)若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費(i)を算定しているものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28-2. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)</b>	<b>1日につき51単位を加算(在宅強化型のみ)</b>		
(1) 上記(1)に掲げる算定式により算定した数が70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(ii)若しくは(iv)又はユニット型介護保健施設サービス費(I)のユニット型介護保健施設サービス費(ii)若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費(ii)を算定しているものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
29. 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所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間を超えていた入所者に限る。)の占める割合が100分の30を超えていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が退所者の居宅を訪問すること又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所者の家族との連絡調整を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②入所者の同意を得て退所後のサービスを行う者に対して介護状況を示す文書を添えて情報提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)当該加算の算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	退所時に140単位を加算(1人につき退所時に1回が限度)		
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)当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。  ※ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所後1月以内に、状況に応じて当該入所者の処方内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
(4)入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30-2. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)口</b>	<b>退所時に70単位を加算(1人につき退所時に1回が限度)</b>		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イの(1)、(4)及び(5)に掲げる基準のいずれにも適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、介護老人保健施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イを算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30-3. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)</b>	<b>退所時に240単位を加算(1人につき退所時に1回が限度)</b>		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※厚生労働省への情報の提出は、入所期間が3月を超えると見込まれる入所者について、LIFEを用いて行うこととする。			
<b>30-4. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)</b>	<b>退所時に100単位を加算(1人につき退所時に1回が限度)</b>		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。			

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
(3)当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>31. 緊急時治療管理</b>	1日につき518単位を加算		
(1)入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32. 所定疾患施設療養費(Ⅰ)</b>	1日につき239単位を算定 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
(1)肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎の者に対し、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等(近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。)の内容等を診療録に記載していること。  ※肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を行った場合に限る。 ※近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32-2. 所定疾患施設療養費(Ⅱ)</b>	1日につき480単位を算定 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
(1)肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎の者、慢性心不全の憎悪の者に対し、診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等(近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む)を診療録に記載していること。  ※肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る。 ※近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該介護保険施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)同一の入所者について1月に1回、連続する10日を限度として算定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
33. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1月につき3単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
(1)入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する入所者)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	<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。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)認知症チームケア推進加算を算定している場合は、算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1月につき4単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
(1)入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する入所者)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	<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。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
(4) 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 ⇒ 認知症介護指導者研修及び認知症看護に係る適切な研修	<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"/>
(6) 認知症チームケア推進加算を算定している場合は、算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34. 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)</b>	1月につき150単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
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) 施設における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(以下、当該加算において「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。	<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"/>
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 認知症専門ケア加算を算定している場合は、算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34-2. 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)</b>	1月につき120単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
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) 認知症チームケア推進加算(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"/>

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) 認知症専門ケア加算を算定している場合は、算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>35. 認知症行動・心理症状緊急対応加算</b>	<b>1日につき200単位を加算</b>			
(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、緊急に入所することが適当と判断した者に対し、サービスを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、入所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。	<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できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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、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"/>	
(5) 入所した日から起算して7日を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 次に掲げる者が、直接、当該施設に入所した場合には、当該加算は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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、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) 個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応した設備を整備すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個室等
(8) 当該入所者が入所前1月の間に、当該施設に入所したことがない場合及び入所前1月の間に当該加算を算定したことがないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>36. リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき53単位を加算</b>			※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可
次に掲げるいずれの基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
(2) 必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、(1)の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者((5)において「関係職種」という。)が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) (4)で共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>36-2. リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)</b>	1月につき33単位を加算			※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可。
(1) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)の(1)及び(2)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"/>	
(2) サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>37. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)</b>	1月につき3単位を加算			※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。
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) 入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に一回評価すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
(2)(1)の確認、及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の確認の結果、褥瘡が認められ、又は(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)(1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37-2. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)</b>	1月につき13単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。		
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)褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の(1)から(5)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"/>
(2)次のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a 褥瘡マネジメント(Ⅰ)の(1)の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒したこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b 褥瘡マネジメント(Ⅰ)の(1)の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38. 排せつ支援加算(Ⅰ)</b>	1月につき10単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算不可。		
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)入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38-2. 排せつ支援加算(Ⅱ)</b>	1月につき15単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算不可。		
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)排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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				
(2)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 ①排せつ支援加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②排せつ支援加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)排せつ支援加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者であって、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>38-3. 排せつ支援加算(Ⅲ)</b>	1月につき20単位を加算			※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算不可。
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)排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)排せつ支援加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)排せつ支援加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>39. 自立支援促進加算</b>	1月につき300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)医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも3月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。  ※評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)(1)の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)(1)の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
40. 科学的介護推進体制加算				
科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41-2. 科学的介護推進体制加算(I)	1月につき40単位を加算			※加算(I)(II)は併算不可。
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)入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、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を用いて少なくとも3月に1回行うこととする。行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ※LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特長やサービス提供の在り方について検証を行い、検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41-3. 科学的介護推進体制加算(II)	1月につき60単位を加算			※加算(I)(II)は併算不可。
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)入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に加えて、疾病、服薬の状況等の情報を、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を用いて少なくとも3月に1回行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ※LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特長やサービス提供の在り方について検証を行い、検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
42. 安全対策体制加算	入所初日に限り20単位を加算		
(1)介護老人保健施設基準第36条第1項に規定する基準に適合していること。  (事故発生の防止及び発生時の対応) 第36条 介護老人保健施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。 二 事故が発生した場合又はこれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。 三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。 四 前三号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"/>
(2)介護老人保健施設基準第36条第1項第4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"/>
(3)当該介護老人保健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"/>
43. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1月につき10単位を加算		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)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)介護老人保健施設基準第30条第1項本文(介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。)に規定する協力医療機関その他の医療機関(以下、この号において「協力医療機関等」という。)との間で、感染症(新興感染症を除く。以下この号において同じ。)の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43-2. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1月につき5単位を加算		
感染症対策向上に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
44. 新興感染症等施設療養費	1月に1回、連続する5日を限度として、1日につき240単位算定		
<p>介護老人保健施設が、入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で介護保険サービスを行った場合に算定する。</p> <p>※適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策(スタンダード・プリコーション)の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指す。</p> <p>※対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月につき100単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
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)入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)介護機器の定期的な点検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
(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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)</b>	1月につき10単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
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)生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(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)及び生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>46. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</b>	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"/>
(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80以上であること。 ②施設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、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>46-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</b>	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)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60以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>46-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</b>	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50以上であること。 ②施設の看護・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サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
47-1. イ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ			
次の(1)～(10)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。			
(一)当該事業所が仮に介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)当該事業所において、経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。			
(2)当該事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市町村長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市町村長に届け出ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市町村長に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。			

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)(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"/>
<b>47-1-2. ロ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ</b>			
(1) (Ⅰ)イ(1)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"/>
(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。  (一)介護保健施設サービス費における生産性向上推進体制加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していること。 (二)連携推進法人に所属していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-2. ハ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ</b>			
(Ⅰ)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"/>
<b>47-2-2. ニ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一) (Ⅰ)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。 (二) (Ⅰ)ロ(2)に掲げる基準に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-3. ホ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)</b>			
イ(1)(一)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-4. ヘ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)</b>			
イ(1)(一)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。  (1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出していないこと。	<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"/>
<b>47-6. 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)</b>			

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)(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"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさな い	
<b>47-7. 介護職員等処遇改善加算(V)(3)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(I)及び介護職員等特定処遇改善加算(II)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)及び(2)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-8. 介護職員等処遇改善加算(V)(4)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(II)、介護職員等特定処遇改善加算(II)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-9. 介護職員等処遇改善加算(V)(5)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(II)及び介護職員等特定処遇改善加算(I)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-10. 介護職員等処遇改善加算(V)(6)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(II)及び介護職員等特定処遇改善加算(II)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさない	
<b>47-11. 介護職員等処遇改善加算(V)(7)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-12. 介護職員等処遇改善加算(V)(8)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(一)及び(二)に係る部分を除く。)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47-13. 介護職員等処遇改善加算(V)(9)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)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"/>
<b>47-14. 介護職員等処遇改善加算(V)(10)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等特定処遇改 善加算(I)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用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"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさない		
<b>47-15. 介護職員等処遇改善加算(V)(11)</b>				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(II)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(I)又は(II)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>47-16. 介護職員等処遇改善加算(V)(12)</b>				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(III)及び介護職員等特定処遇改善加算(II)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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"/>	
<b>47-17. 介護職員等処遇改善加算(V)(13)</b>				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(III)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(I)又は(II)を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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)((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"/>
<b>47-18. 介護職員等処遇改善加算(V)(14)</b>			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員等処遇改善加算(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"/>