

## 短期入所生活介護費

※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. 夜勤減算	1日につき所定単位数の100分の97を算定		
(1)利用者数25人以下 介護職員・看護職員数 1人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者数26人以上60人以下 介護職員・看護職員数 2人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用者数61人以上80人以下 介護職員・看護職員数 3人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者数81人以上100人以下 介護職員・看護職員数 4人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)利用者数101人以上 介護職員・看護職員数 4に利用者が100を超えて25又は端数を増すごとに1を加えた数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)ユニット型・・・2ユニットごとに夜勤を行う介護職員又は看護職員数が1人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)以下の要件を満たす場合には、夜勤職員の兼務を認める。(特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①短期入所生活介護事業所と特別養護老人ホームが併設されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②夜勤職員1人あたりの短期入所生活介護事業所(ユニット型以外)と特養(ユニット型)の利用者数の合計が20人以内であること。逆の場合(短期入所生活介護事業所(ユニット型)と特養(ユニット型以外))も同様とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)(※夜勤職員基準第一号ロ(1)(一)F ⇒ ユニット以外、指定短期入所生活介護事業所が特別養護老人ホームである場合) 次に掲げる要件のいずれにも適合する場合は、指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数に応じて算出される数に10分の8を乗じて得た数以上とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i 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短期入所生活介護事業所の利用者の数以上設置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。	<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	
<p>iii 見守り機器及び情報通信機器(以下「見守り機器等」という。)を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、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、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。</p> <p>① 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保  ② 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮  ③ 夜勤時間帯における緊急時の体制整備  ④ 見守り機器等の定期的な点検  ⑤ 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>iv 指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数が、60以下の場合には1以上、61以上の場合には2以上の介護職員又は看護職員が、夜勤時間帯を通じて常時配置されていること。</p>	<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>		<b>1日につき所定単位数の100分の97を算定</b>	
<p>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。</p>	<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>		<b>所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算</b>	
<p>身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合に減算する。  (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。  (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。  (3)身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。  (4)介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p> <p>※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績 無	
	満たす	満たさ ない		
点検事項				
<b>4. 高齢者虐待防止措置未実施減算</b>	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算			
虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合に減算する。 (1) 高齢者虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 (2) 高齢者虐待の防止のための指針を整備すること。 (3) 従業者に対し、高齢者虐待の防止のための研修を定期的を実施すること。 (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。  ※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. 業務継続計画未策定減算</b>	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算			
以下の基準に適合していない場合に減算する。 (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること。 (2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。  ※基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. 共生型短期入所生活介護を行う場合の減算</b>	所定単位数の100分の92を算定			
共生型居宅サービスの事業を行う指定短期入所事業者が当該事業を行う事業所において共生型短期入所生活介護を行った場合は所定単位数の100分の92に相当する単位数を算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. 生活相談員配置等加算</b>	1日につき13単位を所定単位数に加算			
共生型短期入所生活介護を行う場合の減算を算定している場合は、生活相談員配置等加算として、1日につき13単位を所定単位数に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)生活相談員を1名以上を配置していること。	<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"/>	

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			
8. 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 個別機能訓練加算を算定している場合は算定しない。		
外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、加算(I)については、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき所定単位数に加算する。ただし、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"/>
(1) 指定訪問リハビリテーション事業所、指定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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。  ※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・診療所・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院のこと。病院にあつては、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。 ※計画に記載すべき事項⇒利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等 ※個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練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"/>
(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。  ※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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(5)機能訓練に関する記録(実施時間・訓練内容・担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)個別機能訓練加算を算定している場合、加算(I)は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-2.生活機能向上連携加算(II)	1月につき200単位を加算 ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月		
(1)指定訪問リハビリテーション事業所、指定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理学療法士等が、当該事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。  ※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・診療所・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院のこと。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。 ※計画に記載すべき事項⇒利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等 ※個別機能訓練加算を算定している場合又は短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、別に作成する必要はない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。 ※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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を待たせた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	請求実績無
(5)機能訓練に関する記録(実施時間・訓練内容・担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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"/>
(7)個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位を所定単位数に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. 機能訓練指導員加算</b>	<b>1日につき12単位を加算</b>		
(1)専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師及び一定の実務経験を有するはり師、きゆう師(以下「理学療法士等」という。)1名以上配置していること。  ※一定の実務経験を有するはり師、きゆう師⇒理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者数が100人を超える事業所にあつては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、かつ、常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)併設の通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務している者については、常勤の職員であっても加算の算定要件は満たさないことに留意すること。ただし、利用者が100人を超える場合であつて、別に専ら当該業務に専従する機能訓練指導員が配置されているときは、その他の機能訓練指導員は基準を満たす限りにおいて併設の通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務しても差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. 個別機能訓練加算</b>	<b>1日につき56単位を加算</b>		
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>点検事項</p> <p>④機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること。</p> <p>※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)個別機能訓練加算に係る機能訓練は、身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施するものであり、適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握し、日常生活における説かつ機能の維持・向上に関する目標(1人で入浴ができるようになりたい等)を設定の上、当該目標を達成するための訓練を実施すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3)機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団(個別対応含む。)に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)機能訓練は、おおむね週1回以上実施することを目安とする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(5)機能訓練指導員の加算に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員の配置が必要であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. 看護体制加算(Ⅰ)</p>	1日につき4単位を加算		
<p>(1)常勤の看護師1名以上配置していること。本体施設における看護師の配置にかかわらず、指定短期入所生活介護事業所として、別に1名以上の常勤の看護師の配置を行った場合に算定が可能である。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2)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"/>
<p>(3)看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能。看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。</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	
11-2. 看護体制加算(Ⅱ)	1日につき8単位を加算		
(1)看護職員の数に次に掲げる基準に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①当該事業所(空床利用の特別養護老人ホームである場合を除く。)の看護職員の数、常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1人以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②当該事業所が空床利用の特別養護老人ホームである場合には、当該特別養護老人ホームの看護職員の数、常勤換算方法で、利用者の数(指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者数の合計数)が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、特別養護老人ホーム基準に適合する配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、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)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"/>
(4)看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能。看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-3. 看護体制加算(Ⅲ)イ	1日につき12単位を加算		
(1)看護体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用定員が29人以下であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-4. 看護体制加算(Ⅲ)ロ	1日につき6単位を加算		
(1)看護体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用定員が30人以上50人以下であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(4)看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能。看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-5. 看護体制加算(Ⅳ)イ	1日につき23単位を加算		
(1)看護体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用定員が29人以下であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能。看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-6. 看護体制加算(Ⅳ)ロ	1日につき13単位を加算		
(1)看護体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用定員が30人以上50人以下であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能。看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 医療連携強化加算	1日につき58単位を加算		
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。	<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利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること。看護職員による定期的な巡視とは、急変の予測や早期発見等のために行うものであり、おおむね1日3回以上の頻度で当該利用者のもとを訪れて、バイタルサインや状態変化の有無を核に何するものであること。ただし、巡視の頻度については、利用者の状態に応じて適宜増加させるべきものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④③の取り決めの内容は、サービス提供開始時に利用者に説明し、主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変が生じた場合の対応について文書で同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)次のいずれかに該当する状態であること。			
①喀痰吸引を実施している状態。(サービスの利用中に喀痰吸引を要する状態であり、実際に喀痰吸引を実施したものであること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態。(当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇(かんけつ)的陽圧呼吸を行っていること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③中心静脈注射を実施している状態。(中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈注射栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④人工腎臓を実施している状態。(当該月において人工腎臓を実施しているものであること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤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。(重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
⑥人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態。(当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われている状態。(経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧褥瘡に対する治療を実施している状態。(分類2度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。  分類 第1度:皮膚の発赤が維持している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない) 第2度:皮膚層の部分的喪失(びらん、水泡、浅いくぼみとして表れているもの) 第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある。 第4度:⇒皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨気管切開が行われている状態。(器官切開が行われている利用者について、気管切開に係るケアを行った場合に算定できるものであること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)在宅中重度者受入加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 看取り連携体制加算	1日につき64単位を加算 ※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度		
(1)次のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ、当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所、指定訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。  ※「24時間連絡できる体制」とは、事業所内で勤務することを要するものではなく、夜間においても事業所から連絡でき、必要な場合には事業所からの緊急の呼び出しに応じて出勤する体制をいうものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>点検事項</p> <p>(2) 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。</p> <p>※管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取り期における対応方針」が定められていることが必要であり 同対応方針においては、例えば、次に掲げる事項を含むこととする。</p> <p>ア 当該事業所における看取り期における対応方針に関する考え方  イ 医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む。)  ウ 利用者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法  エ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書等の様式  オ その他職員の具体的対応等</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれにも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看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4)看取り期の利用者に対するサービス提供においては、次に掲げる事項を介護記録等に記録し、多職種連携のための情報共有を行うこと。</p> <p>ア 利用者の身体状況の変化及びこれに対する介護についての記録  イ 看取り期におけるサービス提供の各プロセスにおいて利用者及び家族等の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)本人又はその家族等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、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"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(6)死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該短期入所生活介護事業所においてサービスを直接提供していない入院した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、入院した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り連携体制加算を算定することはできない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)事業所から医療機関へ入院した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、短期入所生活介護を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制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が必要である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. 夜勤職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ) 共通</b>			
夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っていること。 ただし、次のa又はbに掲げる場合は、当該a又はbに定める数以上である場合に算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合 最低基準に10分の9を加えた数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i 見守り機器を、当該短期入所生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上設置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii 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"/>
b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合 最低基準の数に10分の6を加えた数(ユニット型以外において夜勤職員基準第一号ロ(1)(一)fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準に10分の8を加えた数)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該指定短期入所生活介護事業所の入所者の数以上設置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
点検事項 iii 見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、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、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。  (1)夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保 (2)夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (3)見守り機器等の定期的な点検 (4)見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-2. 夜勤職員配置加算(Ⅰ)	1日につき13単位を加算		
(1)ユニット型以外を算定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-3. 夜勤職員配置加算(Ⅱ)	1日につき18単位を加算		
(1)ユニット型を算定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-4. 夜勤職員配置加算(Ⅲ)	1日につき15単位を加算		
(一)ユニット型以外を算定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)夜勤時間帯を通じ看護職員又は次のいずれかに該当する職員を1人以上配置していること。 ①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士 ②特定登録証の交付を受けた特定登録者、 ③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者 ④認定特定行為業務従事者 のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務の登録を受けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-5. 夜勤職員配置加算(Ⅳ)	1日につき20単位を加算		
(一)ユニット型を算定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)夜勤時間帯を通じ看護職員又は次のいずれかに該当する職員を1人以上配置していること。 ①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士 ②特定登録証の交付を受けた特定登録者、 ③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者 ④認定特定行為業務従事者 のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務の登録を受けていること。	<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	
<b>15. 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、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当と判断した者に対し、サービスを行った場合であること。	<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、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所生活介護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) 利用を開始した日から起算して7日を限度とすること。なお、利用開始後8日目以降の短期入所生活介護の利用の継続を妨げるものではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 次に掲げる者が、直接、短期入所生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できない。	<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 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"/>
<b>16. 若年性認知症利用者受入加算</b>	<b>1日につき120単位を加算</b>		
(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"/>

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			
17. 送迎加算	片道につき184単位を加算		
利用者の心身の状態、家族の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 緊急短期入所受入加算	1日につき90単位を加算		
(1)居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていないサービスを緊急に行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めていること。ただし、やむを得ない事情により、事後に介護支援専門員により当該サービス提供が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)サービスを行った日から起算して7日(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等、やむを得ない事情がある場合は14日)を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)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"/>
19. 長期利用者に対する減算(連続して30日を超える場合)	1日につき30単位を減算		
(1)居宅に戻ることなく、自費利用を挟み、同一事業所を連続30日を超えて利用している者に対してサービスを提供する場合、連続30日を超えた日から減算を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)ただし、連続して60日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合は算定しない。  ※居宅に戻ることなく自費利用を挟み同一事業所を連続60日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続60日を超えた日から短期入所生活介護費を介護福祉施設サービス費と、ユニット型短期入所生活介護費をユニット型介護福祉施設サービス費と同単位数とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
点検事項			
20. 長期利用者に対する所定単位数(連続して60日を超える場合)			
連続して60日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者に対して、指定短期入所生活介護を行った場合は、次に掲げる区分に従い算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 単独型短期入所生活介護費(Ⅰ)又は単独型短期入所生活介護費(Ⅱ)を算定すべき指定短期入所生活介護を行った場合 利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ次に掲げる単位数 要介護1 589単位 要介護2 659単位 要介護3 732単位 要介護4 802単位 要介護5 871単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)又は併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)を算定すべき指定短期入所生活介護を行った場合 利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ次に掲げる単位数 要介護1 573単位 要介護2 642単位 要介護3 715単位 要介護4 785単位 要介護5 854単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 単独型ユニット型短期入所生活介護費又は経過的単独型ユニット型短期入所生活介護費を算定すべき指定短期入所生活介護を行った場合 利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ次に掲げる単位数 要介護1 670単位 要介護2 740単位 要介護3 815単位 要介護4 886単位 要介護5 955単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 併設型ユニット型短期入所生活介護費又は経過的併設型ユニット型短期入所生活介護費を算定すべき指定短期入所生活介護を行った場合 利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ次に掲げる単位数 要介護1 670単位 要介護2 740単位 要介護3 815単位 要介護4 886単位 要介護5 955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	
点検事項			
21. 口腔連携強化加算	1月に1回に限り50単位を加算		
(1) 指定短期入所生活介護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 次のいずれにも該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、利用者の同意を得て、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、情報提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。 イ 開口の状態 ロ 歯の汚れの有無 ハ 舌の汚れの有無 ニ 歯肉の腫れ、出血の有無 ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態 ヘ むせの有無 ト ぶくぶくうがいの状態 チ 食物のため込み、残留の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。	<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		
点検事項				
<b>22. 療養食加算</b>	<b>1回につき8単位を加算</b>			
(1) 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用者の年齢、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"/>	
(5) 1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とすること。(1日単位で評価を行っている現行の取扱いの改め)	<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>23. 在宅中重度者受入加算</b>				
指定短期入所生活介護事業所において、当該利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に、当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合であること。  ※この場合の健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所が行うものとする。 ※算定に当たっては、あらかじめ居宅サービス計画に位置づけた上で行うこととなる。 ※指定短期入所生活介護事業所は、当該加算に係る業務について訪問看護事業所と委託契約を締結し、健康上の管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定している場合(看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していない場合に限る。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき421単位を加算
(2) 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定している場合(看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定していない場合に限る。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき417単位を加算
(3) 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロ及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロをいずれも算定している場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき413単位を加算
(4) 看護体制加算を算定していない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき425単位を加算

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<b>24. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき3単位を加算</b>		
(1) 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ※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) 当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)</b>	<b>1月につき4単位を加算</b>		
(1) 加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設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) 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可</b>	<b>1月につき100単位を加算</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"/>

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) 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。</p> <p>①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3) 介護機器(※2)を複数種類活用していること。</p> <p>(※2)見守り機器等のテクノロジーの要件 ○ 見守り機器等のテクノロジーとは、以下のアからウに掲げる機器をいう。 ア 見守り機器 イ インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器 ウ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT 機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。) ○ 見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくともアからウまでに掲げる機器は全て使用することであり、その際、アの機器は全ての居室に設置し、イの機器は全ての介護職員が使用すること。なお、アの機器の運用については、事前に利用者の意向を確認することとし、当該利用者の意向に応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</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	
(5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 加算(Ⅱ)の要件を満たし、加算(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(※1)が確認されていること。  (※1)業務改善の取組による効果を示すデータ等について ○ 加算(Ⅰ)において提供を求めるデータは、以下の項目とする。 ア 利用者のQOL等の変化(WHO-5等) イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 ウ 年次有給休暇の取得状況の変化 エ 心理的負担等の変化(SRS-18等) オ 機器の導入による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の変化(タイムスタディ調査)  ○ 加算(Ⅱ)において求めるデータは、加算(Ⅰ)で求めるデータのうち、アからウの項目とする。  ○ 加算(Ⅰ)における業務改善の取組による成果が確認されていることとは、ケアの質が確保(アが維持又は向上)された上で、職員の業務負担の軽減(イが短縮、ウが維持又は向上)が確認されることをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可	1月につき10単位を加算		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。  ① 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③ 介護機器の定期的な点検 ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 介護機器を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<b>26. 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 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可		
(1) 次の(2)、(3)のいずれかに該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 指定短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 指定短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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>26-2. 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 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可		
(1) 指定短期入所生活介護事業所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>26-3. 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 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可		
(1) 次の(2)、(3)、(4)のいずれかに該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 指定短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 指定短期入所生活介護事業所の看護師若しくは准看護師又は介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 指定短期入所生活介護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"/>
(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"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
点検事項			
<b>27-1. イ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ</b>			
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"/>

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)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、罰金以上の刑に処されていないこと。	<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)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①短期入所生活介護費における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"/>

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当該指定短期入所生活介護事業所が、特別養護老人ホームである場合にあっては当該特別養護老人ホームが、併設事業所である場合にあっては併設本体施設(病院及び診療所を除く。)が、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ又はロを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27-1. 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)短期入所生活介護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)ケアプランデータ連携システムを利用していること。 (三)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>27-2. 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>27-2. 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>27-3. 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>27-4. 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>27-5. 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"/>
参考(以下、廃止済)			

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>27-6. 介護職員等処遇改善加算(V)(2)</b> 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27-7. 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(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>27-8. 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>27-9. 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、(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>27-10. 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、(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>27-11. 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>27-12. 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。	<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>27-13. 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"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用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>27-14. 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)(三)、(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>27-15. 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>27-16. 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"/>

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>27-17. 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"/>
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27-18. 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"/>

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"/>

## 介護予防短期入所生活介護費

※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日につき所定単位数の100分の97を算定		
1. 夜勤減算			
(1)利用者数25人以下 介護職員・看護職員数 1人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者数26人以上60人以下 介護職員・看護職員数 2人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用者数61人以上80人以下 介護職員・看護職員数 3人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者数81人以上100人以下 介護職員・看護職員数 4人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)利用者数101人以上 介護職員・看護職員数 4に利用者が100を超えて25又は端数を増すごとに1を加えた数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)ユニット型・・・2ユニットごとに夜勤を行う介護職員又は看護職員数が1人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)以下の要件を満たす場合には、夜勤職員の兼務を認める。(特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①短期入所生活介護事業所と特別養護老人ホームが併設されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②夜勤職員1人あたりの短期入所生活介護事業所(ユニット型以外)と特養(ユニット型)の利用者数の合計が20人以内であること。逆の場合(短期入所生活介護事業所(ユニット型)と特養(ユニット型以外))も同様とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)(※夜勤職員基準第一号ロ(1)(一)f ⇒ ユニット以外、指定短期入所生活介護事業所が特別養護老人ホームである場合) 次に掲げる要件のいずれにも適合する場合は、指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数に応じて算出される数に10分の8を乗じて得た数以上とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i 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短期入所生活介護事業所の利用者の数以上設置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
iii 見守り機器及び情報通信機器(以下「見守り機器等」という。)を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、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、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。  ① 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保 ② 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③ 夜勤時間帯における緊急時の体制整備 ④ 見守り機器等の定期的な点検 ⑤ 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv 指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数が、60以下の場合には1以上、61以上の場合には2以上の介護職員又は看護職員が、夜勤時間帯を通じて常時配置されていること。	<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>	<b>1日につき所定単位数の100分の97を算定</b>		
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>	<b>所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算</b>		
身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合に減算する。  (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。 (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。 (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 (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。  ※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果			
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	請求実績無	
4. 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算			
<p>虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合に減算する。</p> <p>(1) 高齢者虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的 に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>(2) 高齢者虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>(3) 従業者に対し、高齢者虐待の防止のための研修を定期的実施すること。</p> <p>(4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p> <p>※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた 月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から 改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 業務継続計画未策定減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算			
<p>以下の基準に適合していない場合に減算する。</p> <p>(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するた めの、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること。</p> <p>(2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。</p> <p>※基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った 月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 共生型介護予防短期入所生活介護を行う場合の減算	所定単位数の100分の92を算定			
<p>共生型介護予防サービスの事業を行う指定介護予防短期入所事業者が当該事業を行う事業所に おいて共生型介護予防短期入所生活介護を行った場合は所定単位数の100分の92に相当する単 位数を算定すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 生活相談員配置等加算	1日につき13単位を所定単位数に加算			
<p>共生型介護予防短期入所生活介護を行う場合の減算を算定している場合は、生活相談員配置等 加算として、1日につき13単位を所定単位数に加算する。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 生活相談員を1名以上を配置していること。	<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"/>	

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. 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 個別機能訓練加算を算定している場合は算定しない。		
外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、加算(Ⅰ)については、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき所定単位数に加算する。ただし、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"/>
(1) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。  ※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・診療所・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院のこと。病院にあつては、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。 ※計画に記載すべき事項⇒利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等 ※個別機能訓練計画に相当する内容を介護予防短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練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"/>
(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。  ※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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 機能訓練に関する記録(実施時間・訓練内容・担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 個別機能訓練加算を算定している場合、加算(Ⅰ)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 満たす	請求実績無 満たさない	請求実績無
8-2. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき200単位を加算 ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月		
(1) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。  ※計画に記載すべき事項⇒利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等 ※個別機能訓練加算を算定している場合又は介護予防短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、別に作成する必要はない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。 ※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・その他の職種の人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 機能訓練に関する記録(実施時間・訓練内容・担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 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"/>
(7) 個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位を所定単位数に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 機能訓練指導員加算	1日につき12単位を加算		
(1) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師及び一定の実務経験を有するはり師、きゅう師(以下「理学療法士等」という。)1名以上配置していること。  ※一定の実務経験を有するはり師、きゅう師 ⇒ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
(2)利用者数が100人を超える事業所にあつては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、かつ、常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. 個別機能訓練加算</b>	<b>1日につき56単位を加算</b>		
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること。  ※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)個別機能訓練加算に係る機能訓練は、身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施するものであり、適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握し、日常生活における説かつ機能の維持・向上に関する目標(1人で入浴ができるようになりたい等)を設定の上、当該目標を達成するための訓練を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団(個別対応含む。)に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)機能訓練は、おおむね週1回以上実施することを目安とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)機能訓練指導員の加算に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員の配置が必要であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. 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>		

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
(1) 医師が、認知症の行動・心理状況が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定水後予防短期入所生活介護を利用することが適当と判断した者に対し、サービスを行った場合であること。	<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、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所生活介護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) 利用を開始した日から起算して7日を限度とすること。なお、利用開始後8日目以降の介護予防短期入所生活介護の利用の継続を妨げるものではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 次に掲げる者が、直接、短期入所生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できない。	<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 介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を利用中の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. 若年性認知症利用者受入加算</b>	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"/>
<b>13. 送迎加算</b>	片道につき184単位を加算		
利用者の心身の状態、家族の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
14. 長期利用者に対する減算(連続して30日を超える場合)			
居宅に戻ることなく、自費利用を挟み、連続して30日を超えて同一の指定介護予防短期入所生活介護事業所をに入所している利用者に対して、サービスを提供する場合、連続30日を超えた日から減算を行う。			
(一)要支援1(ユニット型)介護予防短期入所生活介護費については、(ユニット型)介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数100分の75に相当する単位数を算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)要支援2(ユニット型)介護予防短期入所生活介護費については、(ユニット型)介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数100の93に相当する単位数を算定する。			
15. 口腔連携強化加算	1月に1回に限り50単位を加算		
(1)指定短期入所生活介護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)次のいずれにも該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、利用者の同意を得て、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、情報提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求 実績 無
(4) 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。  イ 開口の状態 ロ 歯の汚れの有無 ハ 舌の汚れの有無 ニ 歯肉の腫れ、出血の有無 ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態 ヘ むせの有無 ト ぶくぶくうがいの状態 チ 食物のため込み、残留の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. 療養食加算</b>	<b>1回につき8単位を加算</b>		
(1) 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 利用者の年齢、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、脳臓病食、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"/>
(5) 1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。(1日単位で評価を行っている現行の取扱いの改め)	<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>17. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)</b>	<b>1月につき3単位を加算</b>		
(1) 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
<p>(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。</p> <p>※認知症介護に係る専門的な研修 ⇒ 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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3) 事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1月につき4単位を加算		
<p>(1) 加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。</p> <p>※認知症介護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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(3) 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可	1月につき100単位を加算		
<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(1) 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。</p> <p>①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
<p>(3)介護機器(※2)を複数種類活用していること。</p> <p>(※2)見守り機器等のテクノロジーの要件  ○見守り機器等のテクノロジーとは、以下のアからウに掲げる機器をいう。  ア 見守り機器  イ インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器  ウ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT 機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)</p> <p>○見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくともアからウまでに掲げる機器は全て使用することであり、その際、アの機器は全ての居室に設置し、イの機器は全ての介護職員が使用すること。なお、アの機器の運用については、事前に利用者の意向を確認することとし、当該利用者の意向に  応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(6)加算(Ⅱ)の要件を満たし、加算(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(※1)が確認されていること。</p> <p>(※1)業務改善の取組による効果を示すデータ等について  ○加算(Ⅰ)において提供を求めるデータは、以下の項目とする。  ア 利用者のQOL等の変化(WHO-5等)  イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化  ウ 年次有給休暇の取得状況の変化  エ 心理的負担等の変化(SRS-18等)  オ 機器の導入による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の変化(タイムスタディ調査)</p> <p>○加算(Ⅱ)において求めるデータは、加算(Ⅰ)で求めるデータのうち、アからウの項目とする。</p> <p>○加算(Ⅰ)における業務改善の取組による成果が確認されていることは、ケアの質が確保(アが維持又は向上)された上で、職員の業務負担の軽減(イが短縮、ウが維持又は向上)が確認されることをいう。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可	1月につき10単位を加算		

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。			
①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 介護機器を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</b>	<b>1日につき22単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可</b>		
(1) 次の(2)、(3)のいずれかに該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 指定短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 指定短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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>19-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</b>	<b>1日につき18単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可</b>		
(1) 指定介護予防短期入所生活介護事業所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>19-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</b>	<b>1日につき6単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可</b>		
(1) 次の(2)、(3)、(4)のいずれかに該当すること。	<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) 指定介護予防短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 指定介護予防短期入所生活介護事業所の看護師若しくは准看護師又は介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 指定介護予防短期入所生活介護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"/>
(5) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20-1. イ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ</b>			
次の(1)～(10)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。  (一) 当該事業所が仮に介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。  (二) 当該事業所において、経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>

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) 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) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①短期入所生活介護費における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"/>
②当該指定短期入所生活介護事業所が、特別養護老人ホームである場合にあっては当該特別養護老人ホームが、併設事業所である場合にあっては併設本体施設(病院及び診療所を除く。)が、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ又はロを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-1. □ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)□			

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) (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)介護予防短期入所生活介護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)ケアプランデータ連携システムを利用していること。 (三)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>20-2. 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>20-2. 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>20-3. 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>20-4. 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>20-5. 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等処遇改善加算(I)及び介護職員等特定処遇改善加算(I)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)及び(2)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

参考(以下、廃止済)

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>20-6. 介護職員等処遇改善加算(V)(2)</b> 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20-7. 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(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>20-8. 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>20-9. 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、(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>20-10. 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、(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>20-11. 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>20-12. 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。	<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>20-13. 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"/>
(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"/>

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>20-14. 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等特定処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出ており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20-15. 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等特定処遇改善加算(Ⅱ)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<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>20-16. 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等特定処遇改善加算(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"/>

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>20-17. 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"/>
(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"/>

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	
20-18. 介護職員等処遇改善加算(V)(14) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)を届け出ており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>