

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
1. 定員超過利用減算	所定単位数の70/100を算定			
登録者数が運営規程に定められる登録定員を超えた場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 人員基準欠如減算	所定単位数の70/100を算定			
指定基準に定める員数の従業者を置いていること。				
夜勤職員・宿直職員・サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の訪問サービスの提供にあたる者の場合は、次のいずれかに該当しないこと。 ①指定基準に定める員数に満たない日が2日以上連続して発生していないこと。 ②指定基準に定める員数に満たない日が4日以上発生していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 短期利用居宅介護費の算定				
(1)利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用看護小規模多機能型居宅介護を利用することが必要と認めた場合であって、看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が他の登録者の処遇に支障がないと認めた場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内の利用期間を定めていること。 (利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)人員基準違反でないこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)サービス提供が過小である場合の減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 過少サービスに対する減算	所定単位数の70/100を算定			
事業所が提供する通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの算定月における提供回数について、登録者1人当たり平均回数が、週4回に満たないことがないこと。 ※登録者は、短期利用居宅介護費を算定する者を除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. サテライト体制未整備減算	所定単位数の97/100を算定			
サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又はサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業所において、訪問看護体制減算(※)の届出をしている場合に算定すること。 ※訪問看護体制減算: ▲925~▲2,914単位/月(イ~ハのいずれの要件にも適合する場合) イ 主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者数の割合 30%未満 ロ 緊急時訪問看護加算を算定した利用者数の割合 30%未満 ハ 特別管理加算を算定した利用者数の割合 5%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
6. 複合型サービス費の算定①			
登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、複合型サービス費は算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 複合型サービス費の算定②			
登録者が一の看護小規模多機能型居宅介護事業所においてサービスを受けている間は、その他の看護小規模多機能型居宅介護事業所がサービスを提供しても、そのサービス費は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 訪問看護体制減算		要介護1～3(925単位/月)、要介護4(1,850単位/月)、要介護5(2,914単位/月)を所定単位数から減算	
(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の30未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の30未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の5未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護が行われる場合の減算		要介護1～3(925単位/月)、要介護4(1,850単位/月)、要介護5(2,914単位/月)を所定単位数から減算	
指定看護小規模多機能型居宅介護を利用しようとする者の主治の医師が、当該者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※月途中から医療保険の給付の対象となる場合又は月途中から医療保険の給付の対象外となる場合には、医療保険の給付の対象となる期間に応じて、単位数を減算すること。 ※医療保険の給付の対象となる期間については、主治の医師による指示に基づくものとする。			
10. 主治医による特別の指示により頻回に医療保険の訪問看護が行われる場合の減算		要介護1～3(30単位/日)、要介護4(60単位/日)、要介護5(95単位/日)を乗じて得た単位数を所定単位数から減算	
(1)利用者が急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書の交付があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の訪問看護の給付対象となるものであり、当該月における当該特別指示の日数に応じて減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)の場合の医療機関における特別指示については、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
11. 初期加算	1日につき30単位を加算			
(1)事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について加算していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)30日を超える入院後にサービスの利用を再開した場合も、同様に加算していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 認知症加算(Ⅰ)	1月につき800単位を加算			
日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対してサービス提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12-2. 認知症加算(Ⅱ)	1月につき500単位を加算			
要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当)の者に対してサービス提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 ※短期利用居宅介護費のみ	1日につき200単位を加算			
医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービス提供を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 若年性認知症利用者受入加算	1月につき800単位を加算			
(1)受け入れた若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)ごとに個別の担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)受け入れた若年性認知症利用者ごとの個別の担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 栄養アセスメント加算	1月につき50単位を所定単位数に加算			
(1)当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
16. 栄養改善加算	1回につき200単位を所定単位数に加算		
(1)低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 ※管理栄養士等⇒管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通			
事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-2. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回につき20単位を加算		
(1)利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ. 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ロ. 入れ歯を使っているもの ハ. むせやすい者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ. BMIが18.5未満である者 ロ. 1~6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は6カ月間で2~3kg以上の体重減少が認められる者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ. 食事摂取量が75%以下で不良である者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(3)算定日が属する月が次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。			
①栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 ②当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<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ないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれか一方のみ加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-3. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回につき5単位を加算		
次に掲げる(1)1~4又は(2)1~4のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-3 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-4 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月でないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-3 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-4 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(3)加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれか一方のみ加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通				
(1)口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔機能向上サービスの提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定していること。ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員・介護職員・生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 ※口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を認知症対応型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)(4)で作成した計画について、利用者又はその家族に説明し同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が口腔機能向上サービスを行い、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8)利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3か月ごとに口腔機能の状態の評価を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9)(8)の結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10)定員・人員基準に適合している。 (定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-2. 口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき150単位を加算(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)			
(1)口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-3. 口腔機能向上加算(Ⅱ)	1回につき160単位を加算(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)			
(1)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施の当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(2)口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 退院時共同指導加算	600単位／退院又は退所につき1回		
(1)入院又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護師等(准看護師を除く。)が退院時共同指導(当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、老健又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。)を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合であること。 ※初回の訪問看護を実施した日の属する月に算定すること。なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)退院又は退所につき、1回(特別な管理を必要とする利用者については、2回)に限り算定していること。 ※2回の当該加算の算定が可能である利用者に対して複数の看護小規模多機能型居宅介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあつては、1回ずつの算定も可能であること。 ※複数の看護小規模多機能型居宅介護事業所等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関、介護老人保健施設もしくは介護医療院に対し、他の看護小規模多機能型居宅介護事業所等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該加算を算定した同月に訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合は、各サービスにおける退院時共同指導加算は算定できない。 また、同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算の算定もできないこと。(特別な管理を必要とする利用者に対する場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)退院時共同指導を行った場合は、その内容を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 緊急時訪問看護加算	574単位／月		
(1)利用者の同意を得て、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制(24時間連絡できる体制)にあつて、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にある場合(訪問看護サービスを行う場合に限る。)であること。 ※緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、届出を受理した日から算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該体制にある旨及び緊急時訪問を行う体制にある場合には加算を算定する旨を利用者に説明し、同意を得た場合に加算すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 特別管理加算(Ⅰ)	1月につき500単位を加算		
(1)特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のイに規定する状態にある者に対して指定訪問看護小規模多機能型居宅介護を行う場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ.在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
(2) 計画的な管理を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 症状が重篤の場合には、速やかに医師による診療を受診できるような支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21-2. 特別管理加算(Ⅱ)	1月につき250単位を加算			
(1) 特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のロ、ハ、ニ、ホ(下記参照)に規定する状態にある者に対して指定訪問看護小規模多機能型居宅介護を行う場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ロ. 在宅自己腹膜灌(かん)流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼(とう)痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ハ. 人工肛(こう)門又は人工膀胱(ぼうこう)を設置している状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ニ. 真皮を越える褥瘡(じよくそう)の状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ホ. 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 計画的な管理を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 症状が重篤の場合には、速やかに医師による診療を受診できるような支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. ターミナルケア加算	死亡月につき2000単位を加算			
(1) 在宅又は当該事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※当該利用者に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に訪問看護を行っている場合は、1日以上				
(2) 次の厚生労働大臣が定める基準に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①ターミナルケアを受ける利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ターミナルケアを提供について、利用者の心身の状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(3) 次の厚生労働大臣が定める状態にある利用者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)をいう。)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態。				
③末期の悪性腫瘍である状態。				
(4)ターミナルケア提供について、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。				
(5)ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者等と十分な連携を図るよう努めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 看護体制強化加算(Ⅰ)	3000単位/月			
(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(4)算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算の算定者が1名以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者によって、(Ⅰ)又は(Ⅱ)を選択的に算定することはできず、当該看護小規模多機能型居宅介護事業所においていずれか一方のみを届出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23-2. 看護体制強化加算(Ⅱ)	2500単位/月			
(1)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 訪問体制強化加算Ⅱ	1月につき1000単位を加算			
(1)指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービス(看護サービスを除く)の提供に当たる常勤の従業者(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く)を2名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)算定日が属する月における提供回数について、当該事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。ただし、当該事業所と同一の建物に集合住宅を併設する場合は、登録者の総数のうち、複合型サービス費のイ(1)を算定する者の占める割合が100分の50以上であつて、かつ、イ(1)を算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. 総合マネジメント体制強化加算 ※看護小規模多機能型居宅介護費	1月につき1000単位を加算			
(1)利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者の者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(3) 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。 ※地域の行事や活動の例 ・登録者の家族や登録者と関わる地域住民等からの利用者に関する相談への対応。 ・行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議や町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等。 ・登録者となじみの関係がある地域住民や商店等との関わり、地域の行事への参加等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) (3)を行っていることを、サービス提供記録や介護日誌等に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通			
(1) 入所者又は利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、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"/>
(2) (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又は利用者ごとに医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-2. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	1月につき3単位を加算		
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-3. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	1月につき13単位を加算		
(1) 共通(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)共通			
(1) 入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(2)(1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)(1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27-2. 排せつ支援加算(Ⅰ)	1月につき10単位を加算			
(1)排せつ支援加算(Ⅱ)(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27-3. 排せつ支援加算(Ⅱ)	1月につき15単位を加算			
(1)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①共通(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②共通(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27-4. 排せつ支援加算(Ⅲ)	1月につき20単位を加算			
(1)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①共通(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②共通(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位を所定単位数に加算			
(1)利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)必要に応じて介護計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、(1)に規程する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)共通				
(1)従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(2)利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的 に開催していること。	<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"/>
29-2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場 合	1月につき750単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100 分の70以上であること。 ②従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士 の占める割合が100分の25以上であること。 ※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用 いること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-3. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合	1月につき640単位を加算		
(1)従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100 分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-4. サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合	1月につき350単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100 分の40以上であること。 ②従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 ③従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-5. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき25単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100 分の70以上であること。 ②従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士 の占める割合が100分の25以上であること。 ※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用 いること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29-6. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※短期利用居宅介護費を算定している場合		1日につき21単位を加算		
(1) 従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29-7. サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※短期利用居宅介護費を算定している場合		1日につき12単位を加算		
(1) 次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 ②従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 ③従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)共通 ※(Ⅳ)～(Ⅴ)は令和3年度廃止(令和4年3月31日までの経過措置あり)				
(1) 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(2) 改善計画書の作成、周知、届出がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(3) 賃金の改善を実施していること。 (介護従業者1人当たり月額: 円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	賃金改善確認書
(4) 処遇改善に関する実績の報告がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑を受けた事例はないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 労働保険料の納付を適正に納付していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
30-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)～(Ⅴ)共通 ※(Ⅳ)～(Ⅴ)は令和3年度廃止(令和4年3月31日までの経過措置あり)				
<p>※改正前の介護職員処遇改善加算の届出を行っている事業所又は施設であって、改正後の介護職員処遇改善加算の届出を行っていないものにおける介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、令和4年3月31日までの間は、従前の例によることができる。</p> <p>介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、別に厚生労働大臣が定める期日までの間に限り算定すること。</p> <p>別に厚生労働大臣が定める期日 平成30年度予算案に盛り込まれた「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業」により、加算の新規の取得や、より上位の区分の取得に向けて、事業所への専門的な相談員(社会保険労務士など)の派遣をし、個別の助言・指導等の支援を行うとともに、本事業の実施状況等を踏まえ、今後決定。</p> <p>※介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点等を踏まえ、これを廃止することとされ、その際、一定の経過措置期間を設けることとされました。</p>				
30-3. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)				
1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の102を加算				
(1) 次の①～⑦の全てに適合していること。				
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。				
(1) 計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2) 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
⑥ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する次の仕組みを設けていること。 (1)経験に応じて昇給する仕組み(勤続年数や経験年数に応じて昇給する仕組み) (2)資格等に応じて昇給する仕組み(資格取得に応じて昇給する仕組み) (3)一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み(実技経験や人事評価などの結果に基づき昇給する仕組み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	評価基準や昇給条件が明文化されたもの
⑦ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30-4. 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の74を加算			
(1) 次の①～⑥の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30-5. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の41を加算			
(1) 次の①～③又は④～⑤に適合し、かつ、⑥に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30-6. 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) ※(Ⅳ)～(Ⅴ)は令和3年度廃止(令和4年3月31日までの経過措置あり)	(Ⅲ)により算定した単位数の100分の90を加算			
(1)次の①～③又は④～⑤若しくは⑥に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
30-7. 介護職員処遇改善加算(V) ※(IV)~(V)は令和3年度廃止(令和4年3月31日までの経過措置あり)	(Ⅲ)により算定した単位数の100分の80を加算			
介護職員処遇改善加算(I)~(V)共通の(1)~(6)全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. 介護職員等特定処遇改善加算(I)・(II)共通				
(1) 次のa~dに掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
a 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。(ただし、当該加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に関する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。(ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りではない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 改善計画書の作成、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
(3) 賃金改善の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 処遇改善に関する実績の報告をしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 介護職員処遇改善加算の(I)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) (6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31-2. 介護職員等特定処遇改善加算(I)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の15を加算			
サービス提供体制強化加算(I)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31-3. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の12を加算			
介護職員等特定処遇改善加算(I)・(Ⅱ)共通事項全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	