

## 通所リハビリテーション「加算チェックシート」

| 点検項目                | 点検事項                                                                                                                   | 点検結果                                  |           |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| 人員基準減算              |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当           |           |
| 定員超過減算              |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当           |           |
| 事業所規模による区分          |                                                                                                                        |                                       | } いずれかに該当 |
| 通常規模型事業所            | 前年度1月当たり平均延べ利用者数                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 750人以内       |           |
| 大規模事業所Ⅰ             | 前年度1月当たり平均延べ利用者数                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 750人超～900人以内 |           |
| 大規模事業所Ⅱ             | 前年度1月当たり平均延べ利用者数                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 900人超        |           |
| 理学療法士等体制強化加算        | 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当           |           |
|                     | 理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 配置           |           |
| 7～8時間の前後に行う日常生活上の世話 | 7時間以上8時間未満のサービス提供                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 実施           |           |
|                     | 8時間以上9時間未満                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 50単位         |           |
|                     | 9時間以上10時間未満                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 100単位        |           |
|                     | 10時間以上11時間未満                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 150単位        |           |
|                     | 11時間以上12時間未満                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 200単位        |           |
|                     | 12時間以上13時間未満                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 250単位        |           |
|                     | 13時間以上14時間未満                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 300単位        |           |
| 送迎時における居宅内介助等の実施    | 提供時間のうち30分以内                                                                                                           | <input type="checkbox"/> あり           |           |
|                     | 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置づけた上で実施                                                                                      | <input type="checkbox"/> あり           |           |
|                     | 送迎時に居宅内の介助を行う者が、OT、PT、ST、看護職員、介護福祉士、実務者研修等修了者又は当該事業所の勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所等において、サービスを直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員 | <input type="checkbox"/> あり           |           |
| 入浴介助加算              | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 満たす          |           |
|                     | 通所計画上の位置づけ                                                                                                             | <input type="checkbox"/> あり           |           |
|                     | 入浴介助の実施                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 実施           |           |
| リハビリテーション提供体制加算     | 常時、事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である                                                 | <input type="checkbox"/> 該当           |           |
|                     | リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当           |           |

| 点検項目                               | 点検事項                                                                                                                        | 点検結果                        |                                      |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| リハビリテーションマネジメント加算（I）               | 計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直しを実施（初回評価は約2週間以内、その後は約3月毎に実施）                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | 介護支援専門員を通じ、その他サービス事業者に、利用者の日常生活の留意点や介護の工夫等の情報を伝達                                                                            | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | 利用者の興味・関心、身体の状態、家屋の状況、家屋内におけるADL等の評価                                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施 | H30.3.22厚労省課長通知様式1（興味・関心チェックシート）     |
|                                    | 事業所の医師が、通所リハビリテーションの実施に当たり、PT、OT又はSTに対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行っている。 | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | 指示を行った医師又は指示を受けたPT、OT又はSTが、指示の内容が上段基準に適合するものであると明確にわかるように記録                                                                 | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | 事業所の医師、PT、OT、STによるリハビリテーション計画書の作成                                                                                           | <input type="checkbox"/> 実施 | H30.3.22厚労省課長通知様式2-1.2（リハビリテーション計画書） |
|                                    | 利用者に対する計画内容の説明・同意                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | 計画に基づくリハビリの実施、利用者の状態の定期的な記録                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | 医師または医師の指示を受けたPT、OT又はSTが、リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを開始した日から起算して1月以内に利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を実施                          | <input type="checkbox"/> 実施 |                                      |
|                                    | サービス終了前にリハビリテーション会議を実施                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 実施 | 1月前以内が望ましい                           |
| 終了時に介護支援専門員、計画的な医学的管理を行っている医師へ情報提供 | <input type="checkbox"/> 実施                                                                                                 |                             |                                      |

| 点検項目                 | 点検事項                                                                                                                         | 点検結果                             |                                      |                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） | 利用者の興味・関心、身体の状態、家屋の状況、家屋内におけるADL等の評価                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当      | H30.3.22厚労省課長通知様式1<br>（興味・関心チェックシート） |                                      |
|                      | 事業所の医師が、通所リハビリテーションの実施に当たり、PT、OT又はSTに対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行っている。 | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |
|                      | 指示を行った医師又は指示を受けたPT、OT又はSTが、指示の内容が上段基準に適合するものであると明確にわかるように記録                                                                  | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |
|                      | 事業所の医師、PT、OT、STによるリハビリテーション計画書の作成                                                                                            | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      | H30.3.22厚労省課長通知様式2-1、2（リハビリテーション計画書） |
|                      | リハビリテーション会議を開催し、情報共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、連携等について協議、記録                                                                 | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      | H30.3.22厚労省課長通知様式3<br>（リハビリテーション会議録） |
|                      | リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族（やむを得ず参加できない場合記録）を基本とし、医師（テレビ電話可）、PT、OT、STその他の職種の者。（欠席者には情報共有）                                     | <input type="checkbox"/> 該当      |                                      |                                      |
|                      | 通所リハビリテーション計画について、計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告                               | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |
|                      | 計画に基づくリハビリの実施、利用者の状態の定期的な記録                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |
|                      | 通所リハビリテーション計画の同意を得た月から六月以内の場合にあっては一月に一回以上、六月を超えた場合にあっては三月に一回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直し                | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |
|                      | 介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法、日常生活上の留意点に関する情報を提供                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当      |                                      |                                      |
|                      | PT、OT又はSTが、居宅サービス計画に位置付けられた、訪問介護事業等居宅サービス事業の従業者とともに利用者の居宅を訪問し、専門的な見地から指導、助言                                                  | <input type="checkbox"/> いずれかを実施 |                                      |                                      |
|                      | PT、OT又はSTが、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、専門的な見地から指導、助言                                                                                  |                                  |                                      |                                      |
|                      | サービス終了する前にリハビリテーション会議を実施                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      | 1月前以内が望ましい                           |
|                      | 終了時に介護支援専門員、計画的な医学的管理を行っている医師へ情報提供                                                                                           | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |
| 上記すべてについて、適合を確認し、記録  | <input type="checkbox"/> 該当                                                                                                  |                                  | H30.3.22厚労省課長通知様式4<br>プロセス管理表        |                                      |
| リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ） | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の要件をすべて満たすこと                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当      |                                      |                                      |
|                      | 計画作成に関与した医師から、利用者又はその家族に対して計画内容を説明し、利用者からの同意を得ている                                                                            | <input type="checkbox"/> 実施      |                                      |                                      |

| 点検項目                               | 点検事項                                                                                                                            | 点検結果                               |                                           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）<br>（3月に1度を限度） | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）の要件をすべて満たすこと                                                                                                | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | V I S I Tへ参加登録し、データ提出している                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 実施        |                                           |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算                | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定                                                                                             | <input type="checkbox"/> あり        | H30.3.22厚労省課長通知様式2-1、2（リハビリテーション計画書）      |
|                                    | 退院（所）日又は認定日から起算して3月以内に、おおむね週2回以上、1日あたり40分以上、集中的なリハビリテーションを個別に実施                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算または生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定                                                                                   | <input type="checkbox"/> 同時算定していない |                                           |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）            | 退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的に実施                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当        | H30.3.22厚労省課長通知様式2-1、2（リハビリテーション計画書）      |
|                                    | 1週に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定                                                                                             | <input type="checkbox"/> あり        |                                           |
|                                    | 短期集中個別リハビリテーション実施加算または生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定                                                                                    | <input type="checkbox"/> 同時算定していない |                                           |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）            | 退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間に集中して実施                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当        | H30.3.22厚労省課長通知様式2-1、2（リハビリテーション計画書）      |
|                                    | 利用者の生活機能の向上に資するため、実施頻度、実施方法、実施場所、実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 1月に4回以上リハビリテーションを実施                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 利用者の居宅を訪問し、通所リハビリテーション計画を作成                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達                                                                       | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定                                                                                                | <input type="checkbox"/> あり        |                                           |
|                                    | 短期集中個別リハビリテーション実施加算または生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定                                                                                    | <input type="checkbox"/> 同時算定していない |                                           |
|                                    |                                                                                                                                 |                                    |                                           |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>（6月間に限り算定可） | 専門的な知識もしくは経験を有するOTまたは、生活行為の内容充実を図るための研修を修了したPTもしくはSTを配置                                                                         | <input type="checkbox"/> 配置        | H30.3.22厚労省課長通知様式5<br>生活行為向上リハビリテーション実施計画 |
|                                    | 個人の活動として行う起居、歩行、排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為（生活行為）の機能が低下した利用者に対し、機能を回復させ、生活行為の内容充実を図るための目標及び6月間の実施頻度、実施場所、実施時間等が記載された計画書を作成したうえで、計画的に実施 | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 家庭での役割を担うことや地域の行事等に関すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定                                                                                | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達（訪問時のリハビリは不可）                                                          | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 生活行為向上リハビリテーション実施減算について説明をした上で、利用者の同意を得ていること                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 1月に1回はモニタリングし、医師はリハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価等について、利用者、その家族等に説明                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | 実施期間中に通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当        |                                           |
|                                    | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定                                                                                                | <input type="checkbox"/> あり        |                                           |
|                                    |                                                                                                                                 |                                    |                                           |

（加算チェックシート）

通所リハビリテーション（4/8）

| 点検項目                      | 点検事項                                                                                                                        | 点検結果                     |            |  |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|--|-----------------------------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施減算       | 当該加算に係るリハビリテーションの提供を終了した場合において、同一の利用者に対して、再度指定通所リハビリテーションを行ったときは、提供終了した日の属する月の翌月から6月以内の期間に限り、1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数から減算 | <input type="checkbox"/> | あり         |  |                                   |
|                           | 通所リハビリテーション計画を作成する際に、減算について利用者及び家族に説明されている                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
| 若年性認知症利用者受入加算             | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
|                           | 利用者に応じた適切なサービス提供                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | 実施         |  |                                   |
| 栄養改善加算                    | 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                                                                                         | <input type="checkbox"/> | 配置         |  |                                   |
|                           | 管理栄養士が、利用開始時に関連職種と共同して低栄養状態のリスク把握する（算定要件の把握。栄養スクリーニング）。                                                                     | <input type="checkbox"/> | 実施         |  | H18.3.31厚労省課長通知<br>栄養スクリーニング（様式例） |
|                           | 管理栄養士は栄養スクリーニングを踏まえ、利用者ごとに解決すべき課題を把握する。（栄養アセスメント）                                                                           | <input type="checkbox"/> | 実施         |  | 栄養アセスメント（様式例）                     |
|                           | 医師、管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成                                                                                             | <input type="checkbox"/> | あり         |  | 栄養ケア計画（様式例）                       |
|                           | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | あり         |  |                                   |
|                           | 計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | あり         |  | 栄養ケア提供経過記録<br>（様式例）               |
|                           | おおむね3月ごとに体重測定などによる栄養状態の評価（モニタリング）を実施し、その結果をケアマネ等に対する情報提供                                                                    | <input type="checkbox"/> | 実施         |  | 栄養ケアモニタリング<br>（様式例）               |
|                           | 定員、人員基準に適合<br>月の算定回数                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | あり<br>2回以下 |  |                                   |
| 栄養スクリーニング加算<br>（6月に1度を限度） | 従業者が、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                                                                                          | <input type="checkbox"/> | 実施         |  | H18.3.31厚労省課長通知<br>栄養スクリーニング（様式例） |
|                           | 利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供                                                                                         | <input type="checkbox"/> | 実施         |  |                                   |
|                           | 利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定していない                                                                                       | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
|                           | 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期間は算定していない                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
|                           | 定員、人員基準に適合                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
| 同一建物減算                    | 事業所と同一建物（構造上、外形上一体的な建物をいう）に居住又は同一建物から通所                                                                                     | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
| 送迎減算                      | 送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算                                                                                              | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |
| 重度療養管理加算                  | 要介護3、要介護4又は要介護5で厚生労働大臣が定める状態に該当                                                                                             | <input type="checkbox"/> | 該当         |  |                                   |

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                                                              | 点検結果                                                         |                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 中重度者ケア体制加算     | 基準配置に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 満たす                                 |                                               |
|                | 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30%以上                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> あり                                  |                                               |
|                | サービス提供時間帯を通じて、専従の看護職員を1名以上配置                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 配置                                  |                                               |
| 社会参加支援加算       | 評価対象期間において、サービス提供を終了した者のうち、社会参加に資する取組（通所介護、認知症対応型通所介護、（看護）小規模多機能型居宅介護、通所型サービスなどにおける通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うこと、就労）を実施した者の占める割合が5/100超                                         | <input type="checkbox"/> 該当                                  | 【評価対象期間】<br>加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間 |
|                | 評価対象期間中に、サービス提供を終了した日から起算して、14日以降44日以内に、PT、OT又はSTが、終了した利用者の居宅を訪問すること、または介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けること（「居宅訪問等」という）により、終了者の指定通所介護等の実施が、「居宅訪問等」から起算して3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                                               |
|                | 12月を利用者の平均利用月数で除して得た数が25/100以上                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                                               |
| 口腔機能向上加算       | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 配置                                  |                                               |
|                | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> なし                                  | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)                     |
|                | 医療における対応の必要性の有無                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし                                  |                                               |
|                | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> あり                                  |                                               |
|                | 計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり                                  | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)                     |
|                | おおむね3月ごとに利用者毎の計画の進捗状況を評価、ケアマネ等への情報提供                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 実施                                  | 口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)                       |
|                | 定員、人員基準に適合<br>月の算定回数                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 2回以下 |                                               |
| サービス提供体制強化加算Ⅰイ | 1 介護職員のうち介護福祉士の数                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 5割以上                                |                                               |
|                | 2 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                                               |
| サービス提供体制強化加算Ⅰロ | 1 介護職員のうち介護福祉士の数                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 4割以上                                |                                               |
|                | 2 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                                               |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ  | 1 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 3割以上                                |                                               |
|                | 2 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                                               |

| 点検項目                                              | 点検事項                                                          | 点検結果                           |            |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ                                       | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                      | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書      |
|                                                   | 2 改善計画書の作成、全ての介護職員への計画書を用いた周知、届出                              | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書      |
|                                                   | 3 賃金改善の実施                                                     | <input type="checkbox"/> あり    |            |
|                                                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                               | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書      |
|                                                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                          | <input type="checkbox"/> なし    |            |
|                                                   | 6 労働保険料の納付                                                    | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |            |
|                                                   | 7 <キャリアパス要件> (一)(二)(三)全てに適合                                   | <input type="checkbox"/>       |            |
|                                                   | (一)介護職員の任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知                   | <input type="checkbox"/> あり    | 就業規則、給与規定等 |
|                                                   | (二)介護職員の資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知          | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書      |
|                                                   | (三)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、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり    | 就業規則、給与規定等 |
| 8 <職場環境等要件> 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 | <input type="checkbox"/> あり                                   | 実施した取組みの記録                     |            |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ                                       | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                      | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書      |
|                                                   | 2 改善計画書の作成、全ての介護職員への計画書を用いた周知、届出                              | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書      |
|                                                   | 3 賃金改善の実施                                                     | <input type="checkbox"/> あり    |            |
|                                                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                               | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書      |
|                                                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                          | <input type="checkbox"/> なし    |            |
|                                                   | 6 労働保険料の納付                                                    | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |            |
|                                                   | 7 <キャリアパス要件> (一)及び(二)に適合                                      | <input type="checkbox"/>       |            |
|                                                   | (一)介護職員の任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知                   | <input type="checkbox"/> あり    |            |
|                                                   | (二)介護職員の資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知          | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書      |
|                                                   | 8 <職場環境等要件> 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             | <input type="checkbox"/> あり    | 実施した取組みの記録 |

| 点検項目                                              | 点検事項                                                   | 点検結果                           |       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ                                       | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                               | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書 |
|                                                   | 2 改善計画書の作成、全ての介護職員への計画書を用いた周知、届出                       | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書 |
|                                                   | 3 賃金改善の実施                                              | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|                                                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                        | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書 |
|                                                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                   | <input type="checkbox"/> なし    |       |
|                                                   | 6 労働保険料の納付                                             | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |       |
|                                                   | 7 <キャリアパス要件> (一)又は(二)のいずれかに適合                          | <input type="checkbox"/>       |       |
|                                                   | (一)介護職員の任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知            | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|                                                   | (二)介護職員の資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書 |
| 8 <職場環境等要件> 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 | <input type="checkbox"/> あり                            |                                |       |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ                                       | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                               | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書 |
|                                                   | 2 改善計画書の作成、全ての介護職員への計画書を用いた周知、届出                       | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書 |
|                                                   | 3 賃金改善の実施                                              | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|                                                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                        | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書 |
|                                                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                   | <input type="checkbox"/> なし    |       |
|                                                   | 6 労働保険料の納付                                             | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |       |
|                                                   | 7<キャリアパス要件>、8<職場環境等要件>に掲げる基準のいずれかに適合                   | <input type="checkbox"/>       |       |
|                                                   | 7 (一)介護職員の任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知          | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|                                                   | 7 (二)介護職員の資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書 |
| 8 <職場環境等要件> 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 | <input type="checkbox"/> あり                            |                                |       |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ                                       | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                               | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書 |
|                                                   | 2 改善計画書の作成、全ての介護職員への計画書を用いた周知、届出                       | <input type="checkbox"/> あり    | 改善計画書 |
|                                                   | 3 賃金改善の実施                                              | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|                                                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                        | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書 |
|                                                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                   | <input type="checkbox"/> なし    |       |
|                                                   | 6 労働保険料の納付                                             | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |       |