

107 通所リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	
通常規模型事業所	前年度の1月当たり平均延べ利用者数 平均延べ利用者数が750超えの事業所のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者が80%以上であり、かつ、理学療法士等※の配置が、利用者の数が10人以下の場合は1以上、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上であること	<input type="checkbox"/> 750人以内 <input type="checkbox"/> 該当	理学療法士等※ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
大規模型事業所	通常規模型事業所に該当しないこと	<input type="checkbox"/> 該当	
定員超過減算		<input type="checkbox"/> 該当	
人員基準減算		<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、結果を職員に周知 虐待の防止のための指針の整備 虐待の防止のための研修の定期的な実施 上記の措置を適切に実施するための担当者の設置	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 未実施	テレビ電話装置等の活用可
業務継続計画未策定減算 ※令和7年3月末まで経過措置	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定	<input type="checkbox"/> 該当	※感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定していない場合は減算。
利用開始した月から12月を超えた場合 (介護予防のみ)	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士等が指定介護予防通所リハビリテーションを行う 3月に1回以上、リハビリテーション会議の開催、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有、会議の内容を記録、計画の見直しをしている 利用者毎の訪問リハビリテーション計画等の内容等を厚生労働省に提出及び情報の活用をしている	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	※該当しない場合は減算。 ※該当しない場合は減算。
感染症等発生で利用者数減少が一定以上生じている場合の加算	感染症又は災害発生を理由として利用者の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度の月平均利用者数よりも100分の5以上減少	<input type="checkbox"/> あり	

(自己点検シート)

点検項目	点検事項	点検結果	
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	
リハビリテーション提供体制加算	配置されている理学療法士等の合計数が、利用者の数が25又はその端数を増すごとに常時1以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	3時間以上4時間未満	<input type="checkbox"/> 12単位	
	4時間以上5時間未満	<input type="checkbox"/> 16単位	
	5時間以上6時間未満	<input type="checkbox"/> 20単位	
	6時間以上7時間未満	<input type="checkbox"/> 24単位	
	7時間以上	<input type="checkbox"/> 28単位	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域へ通常の事業の実施地域を越えてサービス提供	<input type="checkbox"/> 該当	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住又は同一建物から通所	<input type="checkbox"/> 該当	
送迎減算	事業所の従業者が送迎を行わない場合	<input type="checkbox"/> 該当	
入浴介助加算（I）	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	
	通所リハビリテーション計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
入浴介助加算(Ⅱ)	入浴介助加算(Ⅰ)に掲げる基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師等※が利用者宅を訪問し、浴室における利用者の動作と浴室の環境を評価し、かつ、居宅の浴室が利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しいと認められる場合は、訪問した医師等が介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、環境整備に係る助言を行う。(医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合は、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価及び助言を行うことでも可。)	<input type="checkbox"/> 実施	医師等※ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者
	事業所の理学療法士等が、医師等との連携の下で、利用者の身体の状態や訪問で把握した居宅の浴室環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成。(個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画に記載することでも可)	<input type="checkbox"/> 実施	
	入浴計画に基づき、個浴その他の利用者宅の状況に近い環境(利用者の居宅の浴室の手すりの位置、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものをいう。)で入浴介助を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	① リハビリテーション会議の開催、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有、会議の内容を記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	② 医師又は理学療法士等が利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明、同意。ただし、理学療法士等が説明した場合は、説明内容等を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	③-1 リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し	<input type="checkbox"/> 同意から6月以内は月1回以上	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	③-2 リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し	<input type="checkbox"/> 同意から6月を超えるときは3月に1回以上	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)

点検項目	点検事項	点検結果	
	④ 理学療法士等が介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、支援方法、日常生活上の留意点に関する情報提供を行う	<input type="checkbox"/> あり	
	⑤ 次のいずれかに該当		
	(1) 理学療法士等が居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者に必要な指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	(2) 理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関するの指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	⑥ 上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	270単位加算
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	リハビリテーションマネジメント加算(イ)①～⑥に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者毎の通所リハビリテーション計画等の内容等を厚生労働省に提出及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	270単位加算
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> あり	
	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	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職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	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
	利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っている	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員他の職種の者（関係職種）が、通所リハビリテーション計画等の内容等の必要な情報や、利用者の栄養状態及び口腔の健康状態に関する情報を相互に共有している	<input type="checkbox"/> あり	
	共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有している	<input type="checkbox"/> あり	
医師が説明を行った場合	リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	270単位加算
短期集中個別リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> なし	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> なし	
	起算日より3月以内に実施（概ね週2回以上1回40分以上）	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書（参考様式）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	認知症であると医師※が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者	<input type="checkbox"/> 該当	※精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師
	退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別に行う集中的なリハビリテーション	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書（参考様式）
	1週に2日以内	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書（参考様式）
	短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> なし	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	認知症であると医師※が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者	<input type="checkbox"/> 該当	※精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師
	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	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	1月に4回以上実施	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	実施頻度、場所、時間等が記載されたリハビリテーション計画の作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者宅を訪問し、リハビリテーション計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅を訪問し、利用者の居宅における能力を評価、利用者及び家族に伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)又は(ハ)のいずれかを算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> なし	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月間の生活行為向上リハビリテーション実施計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	生活行為向上リハビリテーション実施計画(参考様式)
	家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与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	リハビリテーション計画書(参考様式)
	専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士を配置	<input type="checkbox"/> 該当	修了証
	終了前1月以内に、リハビリテーション会議を開催	<input type="checkbox"/> あり	プロセス管理票(参考様式)
	リハビリテーションの目標の達成状況を報告	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)又は(ハ)のいずれかを算定	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が利用者宅を訪問し、生活行為に対する評価を概ね1月に1回以上実施	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	居宅を訪問し、利用者の居宅における能力を評価、利用者及び家族に伝達	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除く)	<input type="checkbox"/> なし	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除く)	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	
	担当者中心に利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
栄養アセスメント加算	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"/> あり	他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーション
	利用者ごとに管理栄養士等（医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、その他職種の者）が共同で栄養アセスメントを3月に1回以上行い、利用者又は家族に結果を説明し、相談等に必要に応じ対応	<input type="checkbox"/> 実施	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（参考様式） ※利用者の体重については、1月毎に測定
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、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	<input type="checkbox"/> 実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
栄養改善加算	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	他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーション
	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の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画書（参考様式）
	利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に従い必要に応じて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の提供、栄養状態等を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録（参考様式）
	栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養スクリーニング・アセスメントモニタリング（参考様式）
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	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及び栄養状態について確認	<input type="checkbox"/> 実施	口腔・栄養スクリーニング様式 (参考様式)
	利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に係る情報を介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養アセスメント加算を算定している間である又は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	<input type="checkbox"/> 非該当	
	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	<input type="checkbox"/> 非該当	
	他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ない。	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	（1）利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供している場合次の①及び②が該当	<input type="checkbox"/> 該当	口腔・栄養スクリーニング様式 (参考様式)
	①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間であ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	<input type="checkbox"/> 該当	
	②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はない	<input type="checkbox"/> 該当	
	（2）利用開始時および利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当ケアマネに提供している場合次の①及び②が該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	①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	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	②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	<input type="checkbox"/> 該当	
	(1) 又は (2) に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	他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ない。	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔機能向上加算 (I)	リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) を算定していないこと	<input type="checkbox"/> 該当	
	(1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	(2) 口腔機能が低下している又はそのおそれがあり、口腔機能向上サービス提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	(3) 利用開始時に利用者ごとの口腔機能を把握し、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口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/> 実施	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	(4) 利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	(5) 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)
	(6) 利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、介護支援専門員、主治の医師・歯科医師への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	(7) 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	(8) 月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔機能向上加算(II)イ	リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) を算定していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔機能向上加算 (I) の (1) ~ (8) に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者毎の口腔機能改善管理指導計画等の内容等を厚生労働省に提出及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算(Ⅱ)口	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していないこと	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)の(1)～(8)に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者毎の口腔機能改善管理指導計画等の内容等を厚生労働省に提出及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	
重度療養管理加算	要介護3から要介護5で厚生労働大臣が定める状態に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
中重度者ケア体制加算	看護職員又は介護職員を人員基準に加えて常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	前年度又は前3月の利用者総数のうち、要介護3～5の割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供時間を通じて専従する看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
一体的サービス提供加算 (介護予防のみ)	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、いずれかを1月につき2回以上実施	<input type="checkbox"/> 該当	
科学的介護推進体制加算	利用者毎の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状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/> 実施	
	必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、厚生労働省に提出した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	<input type="checkbox"/> 実施	
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、リハビリテーションに関わる情報の共有・在宅でのリハビリテーションに必要な指導の実施し、その内容を通所リハビリテーション計画に反映	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該者に対し初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り算定	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
移行支援加算	評価対象期間において終了者※で指定通所介護等を実施した者の占める割合が3%を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	終了者※ サービスの提供を終了した者
	終了日から14日～44日以内に従業者が終了者に対して終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録	<input type="checkbox"/> あり	
	12を利用者の平均利用月数で除して得た数が27%以上であること	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	次の（１）又は（２）のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合	<input type="checkbox"/> 7割以上	
	（２）介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合	<input type="checkbox"/> 2.5割以上	
	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）	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合	<input type="checkbox"/> 5割以上	
	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（Ⅲ）	次の（１）又は（２）のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合	<input type="checkbox"/> 4割以上	
	（２）利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の職員の占める割合	<input type="checkbox"/> 3割以上	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1 賃金改善について次に掲げる（１）～（２）いずれにも適合	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	（１）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こと	<input type="checkbox"/> 該当	※令和7年3月末まで経過措置
	（２）「経験・技能のある介護職員」のうち1人は賃金改善後の見込額が年額440万円以上	<input type="checkbox"/> 該当	※令和7年3月末まで経過措置 （賃金改善の見込み額が月額8万円以上でも可）
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	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		

点検項目	点検事項	点検結果	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> あり	
	(一)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)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を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	(三)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書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	8 処遇改善の内容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	
	9 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(見える化要件)	<input type="checkbox"/> あり	
	10 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	11 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> 該当	※令和8年3月末まで
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1 賃金改善について次に掲げる(1)～(2)いずれにも適合	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	(1)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こと	<input type="checkbox"/> 該当	※令和7年3月末まで経過措置
	(2)「経験・技能のある介護職員」のうち1人は賃金改善後の見込額が年額440万円以上	<input type="checkbox"/> 該当	※令和7年3月末まで経過措置 (賃金改善の見込み額が月額8万円以上でも可)
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
	7 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> あり	
	(一)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)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を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	(三)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書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	8 処遇改善の内容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	
	9 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(見える化要件)	<input type="checkbox"/> あり	
	10 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> 該当	※令和8年3月末まで
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1 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こと	<input type="checkbox"/> 該当	処遇改善計画書 ※令和7年3月末まで経過措置
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	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 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> あり	
	(一)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)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を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書

点検項目	点検事項	点検結果	
	(三)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文書で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	8 処遇改善の内容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	
	9 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> 該当	※令和8年3月末まで
介護職員等処遇改善加算IV	1 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こと	<input type="checkbox"/> 該当	処遇改善計画書 ※令和7年3月末まで経過措置
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	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 次の(一)、(二)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> あり	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を文書で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	(二)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を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	8 処遇改善の内容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	
	9 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> 該当	※令和8年3月末まで

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員等処遇改善加算 V	1 「経験・技能のある介護職員」のうち1人は賃金改善後の見込額が年額440万円以上	<input type="checkbox"/> 該当	処遇改善計画書 ※令和7年3月末まで経過措置
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	処遇改善計画書
	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 (一) 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) 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を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	7 (三) 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書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	8 処遇改善の内容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	
9 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（見える化要件）	<input type="checkbox"/> あり		
10 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定	<input type="checkbox"/> 該当		