

年度

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所運営指導事前提出資料  
令和5年1月改定版

事業所番号	0	9								
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
------	--

注1) 複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。（重複する部分は省略可）

注2) 「介護報酬自己点検シート」も提出してください。

# 1 事業所の概要

(1) 開設者等の状況

年 月 日現在

開設者の状況	法人の名称						
	主たる事務所の所在地	〒 ー					
	代表者職氏名						
	他の指定居宅サービス事業者等（栃木県内にあるもので下欄の事業所併設の者を除く。）	①サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		②サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		③サービスの種類		事業所名		所在市町村	
④サービスの種類			事業所名		所在市町村		
⑤サービスの種類			事業所名		所在市町村		
事業所の状況	名称						
	所在地	〒 ー					
	管理者の氏名						
	併設する指定居宅サービス事業所等	①サービスの種類		事業所名			
		②サービスの種類		事業所名			
③サービスの種類			事業所名				

※「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所、指定地域密着型サービス事業所、指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設をいいます。

※「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含みます。

(2) 事業所の平面図（既存資料の活用可）

(3) 参考資料（パンフレットその他施設概要の分かるもの）

## 2 職員の状況

年 月 日現在

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤の別	専任・兼任の別	兼任先事業所名とその職種	当該事業所の勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

- ※ 1 職種は、管理者、医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語療法士、経験看護師、支援相談員、調理員、事務員等と記載してください。
- 2 資格は、医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、無資格等と記載してください。
- 3 兼任先事業所が同一事業所の別職種である場合は、「同事業所」として兼務する職種を記載してください。
- 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を1としてその割合を記載する。（例えば常勤専任者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば $10 / 40 = 0.25$ としてください。）
- 5 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。

## 3 勤務実績（直近3月）

勤務実績表（勤務実績が確認できるものであれば、既存の書類でも可）

4 要介護度別実利用者数（直近3月の状況）

（単位：人）

	年 月	年 月	年 月
要支援 1			
要支援 2			
要介護 1			
要介護 2			
要介護 3			
要介護 4			
要介護 5			
計			

5 介護給付費算定加算一覧

事業所の 規模	1 通常規模型（750人以下）
	2 大型規模型Ⅰ（月平均750超～900人）
	3 大型規模型Ⅱ（月平均900人超）
算定している加算の名称	

※月の途中で要介護度が変更になった者については、介護度の高い方に区分してください。

※規模計算書等を添付してください。

# 平成 年度用 規模別報酬区分計算表

年度

事業所名	
事業所番号	

《算定区分》

1. 又は2. により算出した月平均利用延べ人員数	
750人以下	… 通常規模型事業所
750人超900人以下	… 大規模型事業所(Ⅰ)
900人超	… 大規模型事業所(Ⅱ)

1. 当該年度の事業実績が6月以上ある事業所は、以下の計算表により算出してください  は計算式がありますので入力しないでください。  
 ●平均利用延人員数計算表(2分の1や4分の3の計算を行わずに実数を入れてください)

人数	年月	年										年		合計	補正後	報酬区分補正	
	報酬区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月					
	1時間以上2時間未満														0	0	1/4
	2時間以上3時間未満 3時間以上4時間未満	<b>Administrator:</b> 下記の「4時間以上6時間未満」の書き方にあわせて、「2時間以上4時間未満」の記載も可？											0	0	1/2		
	4時間以上6時間未満												0	0	3/4		
	6時間以上8時間未満														0	0	
	介護予防(2時間未満)														0	0	1/4
	介護予防(2時間以上4時間未満)														0	0	1/2
	介護予防(4時間以上6時間未満)														0	0	3/4
	介護予防(6時間以上8時間未満)														0	0	
	計	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	←毎日営業している事業所は「6/7」を入力する		
	毎日営業(正月等以外)																
	最終人数	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	←毎日営業している事業所は「6/7」を入力する		

(注)介護予防通所サービスの利用者について  
 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの指定を併せて受けており、かつこれらの事業を一体的に実施している事業所のみ  
 ※同時にサービス提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加え計算しても差し支えない(4時間以上6時間未満)に記入する

前年度利用延人数 (a)	0.00	営業月数 (b)	
月平均利用延人数 (c) = (a)÷(b)		#DIV/0!	

※(b)には、1年間営業した場合は、4月～2月の11を入力してください。

2. 当該年度の事業実績が6月に満たない事業所(新規指定又は再開の場合を含む)又は、前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとしている事業所は、以下の計算表により算出してください。

●平均利用延人数見込み数推計

計算方法 …(運営規程の定員) × 90% × (月平均の営業日数)

<input type="text"/>	×	90%	×	<input type="text"/>	=	<input type="text" value="0"/>
(人)				(日数/月)		(人)

※但し、**正月等以外は、毎日営業している事業所**は上記で算出した(c)に7分の6を乗じて(小数点第三位を四捨五入)得た数を月平均利用延べ人数とする。

<input type="text" value="#DIV/0!"/>	×	6/7 =	<input type="text" value="#DIV/0!"/>	← 該当事業所のみ使用欄
↑ (c)の数				

従業者の勤務実績表

( 年 月分)

事業所名 ( )

職種	勤務形態	氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1ヶ月の合計	常勤換算後の人数	
			*																																	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	
																																			0	

備考

- 1 \*欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 事業に係る従業者全員（管理者を含む）について、1か月分の勤務した時間数を記入してください。
- 3 職種の欄には、管理者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員などと記載してください。
- 4 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。  
勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務 （ドロップダウンリストから選んでください）
- 5 常勤換算の算出にあたっては、少数点第2位以下を切り捨ててください。
- 6 超過勤務時間を含む勤務実態を記入してください。

5 サービス提供体制強化加算について

- (1) 加算の区分について プルダウンから選択⇒ **加算 I**
- (2) 人材要件について（該当する加算について、原則として前年度の実績を記入してください。）※下表の黄色のセルのみ入力。
- (3) 前年度の実績が6月に満たない場合は直近3か月分のみを記載してください。

① 介護福祉士・実務研修修了者等の割合により加算を算定する場合

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
a	介護職員の総数（常勤換算）												0
b	aのうち介護福祉士の総数（常勤換算）												0
c	bのうち勤続10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算）												0
b/a		必要となる割合			70%		実績	介護福祉士の割合					
c/a		必要となる割合			25%			勤続10年以上の介護福祉士の割合					

② サービスを直接提供する職員の勤続年数により加算を算定する場合

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
d	サービスを直接提供する職員の総数（常勤換算）												0
e	dのうち勤続年数7年以上の者の人数（常勤換算）												0
e/d		必要となる割合			-		実績	勤続7年以上の職員の割合					

③ 介護・看護職員における常勤職員の割合により加算を算定する場合

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
h	介護職員・看護職員の総数（常勤換算）												0
i	hのうち、常勤職員の総数（常勤換算）												0
i/h		必要となる割合			-		実績	常勤職員の割合					

## 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1月当たり平均延べ利用者数	<input type="checkbox"/> 750人以下	
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人を超え 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	
定員超過減算		<input type="checkbox"/> 該当	
人員基準減算		<input type="checkbox"/> 該当	
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	
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	
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	



点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーション提供体制加算	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に居住している利用者に通常の事業の実施地域を越えて指定通所リハビリテーションを行った場合	<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	
入浴介助加算（Ⅱ）	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	
	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環境を評価。（場合によっては訪問した医師等がケアマネ、福祉用具専門相談員と連携し、環境整備について助言）	<input type="checkbox"/> 実施	
	事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が医師と連携の下で、利用者の身体状況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	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者宅の状況に近い環境で入浴介助を実施	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
送迎時における居宅内介助等の実施	提供時間の内30分以内	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	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付けた上で実施	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者、又は当該事業所における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、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に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 (A)イ	指定通所リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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、説明内容を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	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)
	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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関する指導及び助言	<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)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> あり	

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 (A) □	指定通所リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれかー以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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、説明内容を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	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)
	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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> あり	
	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(LIFE)に提供及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	

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 (B)イ	指定通所リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれかー以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	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)
	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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関する指導及び助言	<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)
	医師による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	<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)
上記を全て記録	<input type="checkbox"/> あり		

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 (B) 口	指定通所リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	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)
	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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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)
	医師による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	<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)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> あり	
	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(LIFE)に提供及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果		
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)	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)
	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)	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	
	1月に4回以上実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	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	リハビリテーション計画書(参考様式)
	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(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/>	なし	
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	

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養アセスメント加算	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"/> あり	
	利用者ごとに医師、管理栄養士、介護職員、生活相談員ら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）
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）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"/> 適合	
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、生活相談員その他の職種の者）が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態配慮した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画（参考様式）
	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	
	栄養ケア計画に従い管理栄養士等が（必要に応じて居宅を訪問し）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（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	栄養ケアモニタリング（参考様式）
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
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(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを算定	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	利用者が生活の中で実践できるよう家族に指導助言	<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、作業療法士若しくは言語聴覚士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	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	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および栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 6月ごとに実施	
		<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<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	
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"/> 6月ごとに実施	
	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"/> 6月ごとに実施	
	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	
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	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	
	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の作成	<input type="checkbox"/> 該当	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	
	口腔機能改善管理指導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)
	利用者毎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、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	<input type="checkbox"/> 該当	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	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)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	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	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	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(LIFE)に提供及び情報の活用	<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	

点検項目	点検事項	点検結果	
中重度者ケア体制加算	看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	前3月間の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3から要介護5である者の占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	リハビリテーション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)
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(LIFE)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、提供に当たって、情報その他指定通所リハビリテーション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	
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	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	
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	リハビリテーション計画書(参考様式)
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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が100分の70以上	<input type="checkbox"/>	該当
	（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が100分の25以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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）又は（Ⅲ）を算定していない	<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が100分の50以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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）又は（Ⅲ）を算定していない	<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が100分の40以上	<input type="checkbox"/>	該当
	（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が100分の30以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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）又は（Ⅱ）を算定していない	<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	介護職員処遇改善計画書
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員処遇改善計画書
	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"/>	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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の確保し、全ての介護職員に周知		
	(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	
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
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	介護職員処遇改善計画書
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員処遇改善計画書
	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"/>	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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	
	8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	

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	介護職員処遇改善計画書
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員処遇改善計画書
	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)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも該当し、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計画の策定、計画に基づく措置の実施	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員等特定処遇改善計画書
	（一） 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上		
	（二） 指定通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要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		
	（三） 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（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を除く）		
	（四） 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		
	2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等特定処遇改善計画書
	3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出	<input type="checkbox"/> あり	
6 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/> あり		
7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも該当し、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計画の策定、計画に基づく措置の実施	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員等特定処遇改善計画書
	（一） 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上		
	（二） 指定通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要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		
	（三） 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（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を除く）		
	（四） 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		
	2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等特定処遇改善計画書
	3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
5 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/> あり		
6 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/> あり		
介護職員等ベースアップ等支援加算	1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/> あり	ベースアップ等支援加算処遇改善計画書
	2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/> あり	



## 405 介護予防通所リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果		
定員超過利用減算		<input type="checkbox"/>	該当	
人員基準欠如減算		<input type="checkbox"/>	該当	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月間の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
	終了前一月以内に、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)
	利用者が生活の中で実践できるよう家族に指導助言	<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)
医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士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)	
利用開始した月から12月を超えた場合の減算	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、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防通所リハビリテーションを行う	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
運動器機能向上加算	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を一名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者ごとに医師又は看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（「長期目標」）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（「短期目標」）を設定	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士等が共同して3月程度の運動器機能向上計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	運動器機能向上計画
	効果、リスク、緊急時の対応と併せて利用者に計画を説明し同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士等による運動器機能向上サービスの提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	短期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 概ね1月毎に実施	
	利用者の運動器の機能を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	
	計画実施期間終了後、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、介護予防支援事業者に報告	<input type="checkbox"/> あり	
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり		
栄養アセスメント加算	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"/> あり	
	利用者ごとに医師、管理栄養士、介護職員、生活相談員ら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)
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）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"/> 適合	

点検項目	点検事項	点検結果	
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、生活相談員その他の職種の者）が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態配慮した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	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	
	栄養ケア計画に従い管理栄養士等が（必要に応じて居宅を訪問し）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(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	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	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および栄養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	<input type="checkbox"/> 6月ごとに実施	
	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"/> 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	

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（Ⅱ）	（１）又は（２）に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（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"/> ６月ごとに実施	
	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"/> ６月ごとに実施	
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		
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		
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		
口腔機能向上加算（Ⅰ）	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	
	口腔機能向上サービスの提供は、以下に掲げる手順により行うこと	<input type="checkbox"/>	実施	
	利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/>	実施	
	利用開始時に言語聴覚士、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)
	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	<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)
	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月ごとに口腔機能の状態の評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/>	3月ごとに実施	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	<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）	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	
	口腔機能向上サービスの提供は、以下に掲げる手順により行うこと	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用開始時に言語聴覚士、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)
	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	<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)
	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月ごとに口腔機能の状態の評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	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	<input type="checkbox"/> あり	
	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（LIFE）に提出し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行う	<input type="checkbox"/> 実施	
科学的介護推進体制加算	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（LIFE）に提出	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努める	<input type="checkbox"/> 実施	
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	

点検項目	点検事項	点検結果	
選択的サービス複数実施 加算Ⅰ	選択的サービスのうち、2種類を実施	<input type="checkbox"/>	該当
	選択的サービスのうち、いずれかを1月につき2回以上実施	<input type="checkbox"/>	該当
選択的サービス複数実施 加算Ⅱ	選択的サービスのうち、3種類を実施	<input type="checkbox"/>	該当
	選択的サービスのうち、いずれかを1月につき2回以上実施	<input type="checkbox"/>	該当
事業所評価加算	定員超過、人員超過に非該当	<input type="checkbox"/>	あり
	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを実施	<input type="checkbox"/>	実施
	利用実人員数のうち選択的サービスを実施した率	<input type="checkbox"/>	0.6以上
	前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10名以上	<input type="checkbox"/>	満たす
	$(\text{要支援状態区分の維持者数} + (\text{改善者数} \times 2)) \div \text{評価対象期間内に選択的サービスを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}$	<input type="checkbox"/>	0.7以上
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	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
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が100分の70以上	<input type="checkbox"/>	該当
	（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が100分の25以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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）又は（Ⅲ）を算定していない	<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が100分の50以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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）又は（Ⅲ）を算定していない	<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が100分の40以上	<input type="checkbox"/>	該当
	（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が100分の30以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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）又は（Ⅱ）を算定していない	<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



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	介護職員処遇改善計画書
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	介護職員処遇改善計画書
	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"/>		
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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の確保し、全ての介護職員に周知				
(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		
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		
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	介護職員処遇改善計画書
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	介護職員処遇改善計画書
	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"/>		
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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		
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり		

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	介護職員処遇改善計画書
	2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	介護職員処遇改善計画書
	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)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>		
	(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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	
	8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	

点検項目	点検事項	点検結果		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	<p>1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、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計画の策定、計画に基づく措置の実施</p> <p>(一) 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み額が月額8万円以上又は年額440万円以上</p> <p>(二) 指定通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要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</p> <p>(三) 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(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を除く)</p> <p>(四) 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</p>	<input type="checkbox"/>	該当	介護職員等特定処遇改善計画書
	2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	介護職員等特定処遇改善計画書
	3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	4 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり	実績報告書
	5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出	<input type="checkbox"/>	あり	
	6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり	
	7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	
	8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/>	あり	

点検項目	点検事項	点検結果		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、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計画の策定、計画に基づく措置の実施 (一) 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み額が月額8万円以上又は年額440万円以上 (二) 指定通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要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 (三) 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(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を除く) (四) 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	<input type="checkbox"/>	該当	介護職員等特定処遇改善計画書
	2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	介護職員等特定処遇改善計画書
	3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	4 処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり	実績報告書
	5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり	
	6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	
	7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/>	あり	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告	<input type="checkbox"/>	あり	ベースアップ等支援加算処遇改善計画書
	2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定	<input type="checkbox"/>	あり	