

通所リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
通常規模型事業所	(一)～(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	(一) 次のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①前年度1月当たり平均延べ利用者数が750人以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	②3㎡に利用者定員を乗じた面積以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	③消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用機械及び機器を備えている	<input type="checkbox"/> 該当	
	(二) 次のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①前年度1月当たり平均延べ利用者数が750人を超える	<input type="checkbox"/> 該当	
	②3㎡に利用者定員を乗じた面積以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	③消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用機械及び機器を備えている	<input type="checkbox"/> 該当	
	④利用者の総数のうち、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の占める割合が80%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	⑤次のa、bのいずれか該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	a 利用者の総数が10人以下の場合、専従の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
b 利用者の総数が10人を超える場合、専従の理学療法士等が、利用者の数を10を除いた数以上	<input type="checkbox"/> 該当		
大規模事業所	前年度1月当たり平均延べ利用者数が750人超（上記④、⑤に該当しない場合）	<input type="checkbox"/> 該当	
定員超過の場合の算定	県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えたときは、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数としているか	<input type="checkbox"/> 該当	○前年度の利用者実績
人員基準を満たさない場合の算定	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数が基準省令に定める員数を置いていないときは、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数としているか	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	以下の基準を1つでも満たさない場合は減算		
	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催と従業員への周知徹底	<input type="checkbox"/> 該当	委員会の議事録
	高齢者虐待防止のための指針の整備	<input type="checkbox"/> 整備	指針
	高齢者虐待防止のための従業員の対する研修の定期的な実施（年1回以上）	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	研修計画書（事業計画書）
	上記3項目の措置を適切に実施するための担当者の設置	<input type="checkbox"/> 設置	担当者を置いていることがわかるもの
業務継続計画未策定減算	感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）と従業員への周知徹底策定していない場合は減算	<input type="checkbox"/> 策定	業務継続計画（BCP）
理学療法士等体制強化加算	以下のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	勤務表
	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	前年度の月平均利用者数を示す書類
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	延長サービスを行った記録・従業員配置の勤務表
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	通所リハビリテーション計画書
	10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位	居宅介護支援計画書
	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	確認する書類等
リハビリテーション提供 体制加算	常時、当該事業所に配置されている理学療法士等の合計数が、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	<input type="checkbox"/> 該当	勤務表
	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（平成21年厚生労働省告示第83号）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	
送迎時における居宅内介助等の実施	次の①、②の要件をいずれも満たす場合、提供時間の内30分以内を限度として、送迎時に実施した居宅内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間を指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることが可	<input type="checkbox"/> あり	居宅サービス計画書・リハビリテーション計画書
	①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"/> 該当	居宅サービス計画書・リハビリテーション計画書
	②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、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。）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	該当する職員であることを示す書面
入浴介助加算（Ⅰ）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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	
	②通所リハビリテーション計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	通所リハビリテーション計画書
	③入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	実施記録
入浴介助加算（Ⅱ）	①～⑥のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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	
	②通所リハビリテーション計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	通所リハビリテーション計画書
	③入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	実施記録
	④医師等（医師、理学療法士、作業療法士、若しくは介護支援専門員又は福祉用具専門相談員、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）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、かつ、当該訪問により当該居宅の浴室が当該利用者自身又はその家族等の介助による入浴が難しい環境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、環境整備について助言	<input type="checkbox"/> 実施	利用者宅訪問記録 浴室における利用者の動作、浴室環境の評価記録 環境整備にかかる助言記録
	⑤事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が医師等と連携の下で、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（通所リハビリテーション計画書）
⑥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	実施記録	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	①～④、⑦はいずれにも適合、⑤、⑥はいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①リハビリテーション会議の開催及び利用者の状況等に関する情報について構成員と共有、当該会議の内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション会議録
	②リハビリテーション計画の作成に関与した医師、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当該計画の説明、同意(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が説明した場合は、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 同意確認できるもの
	③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(同意から6月以内は月1回以上、6月を超えるときは3月に1回以上)	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション会議録、 プロセス管理票
	④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、支援方法及び日常生活の留意点に関する情報提供	<input type="checkbox"/> あり	
	⑤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へ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
	⑥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	※いずれかに適合
	⑦上記の適合をすることを確認し、全て記録	<input type="checkbox"/> あり	
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	①～④、⑦、⑧はいずれにも適合、⑤、⑥はいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①リハビリテーション会議の開催及び利用者の状況等に関する情報について構成員と共有、当該会議の内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション会議録
	②リハビリテーション計画の作成に関与した医師、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当該計画の説明、同意(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が説明した場合は、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 同意確認できるもの
	③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(同意から6月以内は月1回以上、6月を超えるときは3月に1回以上)	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション会議録、 プロセス管理票
	④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、支援方法及び日常生活の留意点に関する情報提供	<input type="checkbox"/> あり	
	⑤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へ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
	⑥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	※いずれかに適合
	⑦上記の適合をすることを確認し、全て記録	<input type="checkbox"/> あり	
⑧利用者ごと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	確認する書類等
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	①～④、⑦～⑯はいずれにも適合、⑤、⑥はいずれかに適合	□ 適合	
	①リハビリテーション会議の開催及び利用者の状況等に関する情報について構成員と共有、当該会議の内容の記録	□ 実施	リハビリテーション会議録
	②リハビリテーション計画の作成に関与した医師、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当該計画の説明、同意(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が説明した場合は、説明内容を医師に報告)	□ あり	リハビリテーション計画書 同意確認できるもの
	③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（同意から6月以内は月1回以上、6月を超えるときは3月に1回以上）	□ 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
	④理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、支援方法及び日常生活の留意点に関する情報提供	□ あり	
	⑤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	□ 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) ※いずれかに適合
	⑥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	□ あり	
	⑦上記の適合をすることを確認し、全て記録	□ あり	
	⑧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	□ あり	
	⑨事業所の従業者又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置	□ あり	勤務表
	⑩言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	□ あり	勤務表
	⑪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その結果を説明、相談等必要に応じ対応	□ 実施	栄養アセスメントの記録等
	⑫定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	□ 該当	
	(イ) (ロ) (ハ) 共通	⑬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課題の把握	□ 実施
⑭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、介護職員その他の職種の者（以下「関係職種」という。）が、通所リハビリテーション計画等の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、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、常に関係職種により閲覧が可能		□ 実施	
⑮上記により共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直し、その内容を関係職種の間で共有		□ 実施	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	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（1月につき270単位加算）	□ あり	リハビリテーション計画書（医師による説明がわかるもの）及びプロセス管理票
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していない	□ 適合	重複加算不可
	生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない 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）	□ 該当 □ 該当	重複加算不可 リハビリテーション計画書 実施記録
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）	①～⑥のいずれにも適合	□ 適合	
	①退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内に実施	□ 該当	
	②個別に行う集中的なリハビリテーション	□ 該当	リハビリテーション計画書
	③1週に2日を限度、20分以上のリハビリテーションを個別に実施	□ 該当	リハビリテーション計画書 実施記録
	④認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）を算定していない	□ 該当	重複加算不可
	⑤短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない	□ 該当	重複加算不可
⑥生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない	□ 該当	重複加算不可	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	①～⑨のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	①退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	②1月に4回以上実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	③実施頻度、場所、時間等が記載されたり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
	④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"/> 該当	訪問したことを示す記録
	⑤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	訪問・伝達を示す記録
	⑥リハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)又は(ハ)のいずれかを算定している	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書 算定しているリハビリテーションマネジメントが分かる書面
	⑦認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	重複加算不可
	⑧短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	重複加算不可
⑨生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	重複加算不可	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	①～⑤のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①生活行為の内容の充実を図るための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	研修修了証
	②生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された生活行為向上リハビリテーション実施計画(6週間)を作成し、リハビリテーションを提供すること	<input type="checkbox"/> 該当	生活行為向上リハビリテーション実施計画
	③実施期間中に指定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する	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書 会議記録
	④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
	⑤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居宅を訪問し、生活行為に関する評価を概ね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 実施記録
	※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)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	重複加算不可
	※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)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	重複加算不可
若年性認知症利用者受入加算	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)ごとに個別に担当者を定めている。	<input type="checkbox"/> 該当	○利用者ごとの担当者一覧等
	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っている。	<input type="checkbox"/> 実施	○サービス提供記録
栄養アセスメント加算	①～④のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	②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(3月に1回以上)、利用者又は家族に対し説明し、相談等に必要に応じ対応すること。(利用者の体重については、1月毎に測定すること。)	<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
	③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している	<input type="checkbox"/> 該当	
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
	※リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している場合は算定不可	<input type="checkbox"/> 適合	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
栄養改善加算	①～⑥のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 配置	勤務表
	②利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、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にも配慮した栄養ケア計画の作成している	<input type="checkbox"/> 該当	栄養ケア計画
	③利用者等に対する計画の説明及び同意の有無 ＜加算の算定ができる利用者は、イからホのいずれかに該当する者であって栄養改善サービスの提供が必要と認められる者＞ イ BMIが18.5未満 ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下 ニ 食事摂取量が不良(75%以下) ホ その他低栄養状態及びその恐れ有	<input type="checkbox"/> あり	
	④利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅を訪問し、管理栄養士等による栄養改善サービスの提供と栄養状態等の定期的に記録している	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録
	⑤利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に（おおむね3月ごとに体重を測定する等）評価をし、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供する。	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	①～⑥いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	○提供したことの分かる書面
	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の介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/> 該当	○提供したことの分かる書面
	③定員超過利用・人員基準欠如が該当していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	④算定日が属する月が次のいずれにも該当しない ア 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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）である	<input type="checkbox"/> 非該当	該当の場合は加算不可
	イ 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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）である	<input type="checkbox"/> 非該当	
	⑤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	
⑥口腔・栄養スクリーニング加算(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	確認する書類等
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	(1)又は(2)に該当、(3)に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	(1) 次のいずれにも適合すること ① ア利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔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 イ定員超過利用・人員基準欠如が該当していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 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(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)である	<input type="checkbox"/> 該当	
	③ 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) 次のいずれにも適合すること ① ア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の介護支援専門員に提供 イ定員超過利用・人員基準欠如が発生していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 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	
	③ 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	<input type="checkbox"/> 該当	
	④ 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"/> 適合	
(3) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していない。	<input type="checkbox"/> 適合		
口腔機能向上加算(Ⅰ)	①～⑤のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	勤務表
	②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
	③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
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況(口腔機能の状態)をおおむね3月ごと定期的に評価を行い、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
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	①～⑦のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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	<input type="checkbox"/> 該当	
	②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	
	③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
	④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	
	⑤利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況(口腔機能の状態)をおおむね3月ごと定期的に評価を行い、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"/> あり	口腔機能向上サービスのモニタリング
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
⑦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		

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
口腔機能向上加算（Ⅱ） 口	①～⑦のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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	
	②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	
	③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
	④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
	⑤利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況（口腔機能の状態）をおおむね3月ごと定期的に評価を行い、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"/> あり	口腔機能向上サービスのモニタリング
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
⑦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、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 （厚生労働大臣が定める状態） ①常時頻回の喀痰吸引を実施 ②呼吸障害等により人工呼吸器を使用 ③中心静脈注射を実施 ④人工腎臓を実施かつ重篤な合併症 ⑤重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施 ⑥膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級票の4級以上かつストーマの処置実施 ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている ⑧褥瘡に対する治療 ⑨気管切開が行われている	<input type="checkbox"/> 該当	
中重度者ケア体制加算	①～④のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①基準の要件を満たす員数に加え、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	勤務表
	②前年度又は前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、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	利用者の割合に関する計算書届出書等（中重度者ケア体制加算）
	③指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、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	
科学的介護推進体制加算	①～②のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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（LIFE）に提出している	<input type="checkbox"/> 実施	
	②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、通所リハビリテーションの提供に当たって、基本的な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している	<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う場合	<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している	<input type="checkbox"/> 該当	
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際、事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後、初回の指定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	
	退院時共同指導を行った後、その内容を記録している	<input type="checkbox"/> 実施	共同指導記録

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
移行支援加算	①～④のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供終了した者のうち、指定通所介護等を実施した者の占める割合が100分の3を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	3%を超えていることを示す資料
	②評価期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降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、記録している	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書
	③12を利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の27以上であること	<input type="checkbox"/> あり	利用者の平均利用月数を示す資料
	④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	提供したことの分かる資料
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①次のア又はイのいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供体制強化加算に関する届出書等
	ア 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	勤務表及び資格者証 介護福祉士の割合を示す資料
	イ 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	勤務表及び資格者証 勤続年数が分かる資料
	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
③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）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	サービス提供体制強化加算に関する届出書等
	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50以上	<input type="checkbox"/> 該当	勤務表及び資格者証 介護福祉士の割合を示す資料
	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
	③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）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①次のア又はイのいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供体制強化加算に関する届出書等
	ア 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	勤務表及び資格者証 介護福祉士の割合を示す資料
	イ 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	勤務表及び資格者証 勤続年数が分かる資料
	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	③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	

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	確認資料等
定員超過の場合の算定	県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えたときは、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数としているか	<input type="checkbox"/> 該当	
人員基準を満たさない場合の算定	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数が基準省令に定める員数を置いていないときは、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数としているか	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	以下の基準を1つでも満たさない場合は減算		
	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催と従業者への周知徹底	<input type="checkbox"/> 該当	委員会の議事録
	高齢者虐待防止のための指針の整備	<input type="checkbox"/> 整備	指針
	高齢者虐待防止のための従業者の対する研修の定期的な実施(年1回以上)	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	研修計画書(事業計画書)
	上記3項目の措置を適切に実施するための担当者の設置	<input type="checkbox"/> 設置	担当者を置いていることがわかるもの
業務継続計画未策定減算	感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画(業務継続計画)と従業者への周知徹底策定していない場合は減算	<input type="checkbox"/> 策定	業務継続計画(BCP)
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(平成21年厚生労働省告示第83号)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	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	①～④のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①生活行為の内容の充実を図るための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	リハビリテーション計画書
	②生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された生活行為向上リハビリテーション実施計画(6月間)を作成し、リハビリテーションを提供すること	<input type="checkbox"/> 該当	修了証
	③実施期間中に指定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する	<input type="checkbox"/> 該当	プロセス管理票
	④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居宅を訪問し、生活行為に関する評価を概ね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 実施記録
若年性認知症利用者受入加算	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)ごとに個別に担当者を定めている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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っている。	<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う場合	<input type="checkbox"/> 該当	
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場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	次の要件のいずれにも該当する場合は、減算は行わない ①3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防通所リハビリテーション計画を見直している ②当該利用者ごとの介護予防通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省(LIFE)に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効の実施のために必要な情報を活用している	<input type="checkbox"/> 該当	
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際、事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後、初回の指定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	
	退院時共同指導を行った後、その内容を記録している	<input type="checkbox"/> 実施	共同指導記録

点検項目	点検事項	点検結果	確認資料等
栄養アセスメント加算	①～④のいずれにも該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	②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（3月に1回以上）、利用者又は家族に対し説明し、相談等に必要に応じ対応すること。（利用者の体重については、1月毎に測定すること。）	<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
	③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している	<input type="checkbox"/> 該当	
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
	※栄養改善加算又は一体的サービス提供加算を算定している場合は算定不可	<input type="checkbox"/> 適合	
栄養改善加算	①～⑥のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 配置	勤務表
	②利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、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にも配慮した栄養ケア計画の作成している	<input type="checkbox"/> 該当	栄養ケア計画
	③利用者等に対する計画の説明及び同意の有無 ＜加算の算定ができる利用者は、イからホのいずれかに該当する者であって栄養改善サービスの提供が必要と認められる者＞ イ BMIが18.5未満 ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下 ニ 食事摂取量が不良(75%以下) ホ その他低栄養状態及びその恐れ有	<input type="checkbox"/> あり	
	④利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅を訪問し、管理栄養士等による栄養改善サービスの提供と栄養状態等の定期的に記録している	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録
	⑤利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に（おおむね3月ごとに体重を測定する等）評価をし、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供する。	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	①～⑤いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	○提供したことの分かる書面
	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の介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/> 該当	○提供したことの分かる書面
	③定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	④算定日が属する月が次のいずれにも該当しない ア 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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）である イ 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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）である	<input type="checkbox"/> 非該当	該当の場合は加算不可
	⑤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	

点検項目	点検事項	点検結果	確認資料等
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）次のいずれにも適合すること ① ア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 イ定員超過利用・人員基準欠如が該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）である	<input type="checkbox"/> 該当	
	③ 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）次のいずれにも適合すること ① ア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の介護支援専門員に提供 イ定員超過利用・人員基準欠如が発生していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 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	
	③ 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	<input type="checkbox"/> 該当	
	④ 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"/> 適合	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	①～⑤のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	勤務表
	②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
	③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
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況（口腔機能の状態）をおおむね３月ごとに定期的な評価を行い、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
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	①～⑥のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	勤務表
	②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
	③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
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況（口腔機能の状態）をおおむね３月ごとに定期的な評価を行い、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
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
	⑥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"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	確認資料等
一体的サービス提供加算	介護予防通所リハビリテーション費の栄養改善加算及び口腔機能向上加算に係る基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、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"/> 実施	口腔機能向上サービスのモニタリング
	利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、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のサービスを行う日を、1月につき2回以上設けている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
科学的介護推進体制加算	①～②のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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（LIFE）に提出している	<input type="checkbox"/> 該当	
	②必要に応じて介護予防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、情報その他指定介護予防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している	<input type="checkbox"/> 実施	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供体制強化加算に関する届出書等
	①次のア又はイのいずれかに該当		
	ア 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	勤務表及び資格者証 介護福祉士の割合を示す資料
	イ 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	勤務表及び資格者証 勤続年数が分かる資料
	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
③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）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供体制強化加算に関する届出書等
	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50以上	<input type="checkbox"/> 該当	勤務表及び資格者証 介護福祉士の割合を示す資料
	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
	③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）	①～③のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供体制強化加算に関する届出書等
	①次のア又はイのいずれかに該当		
	ア 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	勤務表及び資格者証 介護福祉士の割合を示す資料
	イ 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	勤務表及び資格者証 勤続年数が分かる資料
	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 適合	
③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		

◎ 対象事業（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーションを除く

加算要件	要件項目	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	点検結果			
						適	不適	該当なし	
賃金改善要件	基本給、手当、賞与等のうち対象項目を特定。賃金水準を低下させていないか。	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ただし、特別事情届を提出した場合を除く。(→特別事情届出に記載する項目は全て満たしているか。)	<input type="checkbox"/> 介護事業に係る利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し収支が赤字である又は資金繰りに支障があることを示す。					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 介護職員等の賃金水準の引き下げの内容					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 法人の経営及び介護職員等の賃金水準の改善見込み					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 介護職員等の賃金引下げについて適切に労使の合意を得ていることを示す資料(合意の時期、方法等)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 月額賃金改善要件Ⅰ	処遇改善加算Ⅳの1/2以上の月額改善	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② キャリアパス要件Ⅰ	任用要件・賃金体系の整備等	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ キャリアパス要件Ⅱ	研修の実施等	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ キャリアパス要件Ⅲ	昇給の仕組みの整備等	○	○	○	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ キャリアパス要件Ⅳ	改善後の賃金要件(440万円1人以上)	○	○	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ キャリアパス要件Ⅴ	介護福祉士等の配置要件	○	—	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦ 職場環境要件	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	—	—	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上)	○	○	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	HP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載)	○	○	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護職員等処遇改善加算算定要件整理表(表2-2)

適用は令和8年6月から

◎ 対象事業 (介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーションを除く

加算要件	要件項目	加算 Iイ	加算 Iロ	加算 IIイ	加算 IIロ	加算III	加算IV	点検結果			
								適	不適	該当なし	
賃金改善要件	基本給、手当、賞与等のうち対象項目を特定し、賃金水準を低下させていないか。	○	○	○	○	○	○	□	□	□	
	ただし、特別事情届を提出した場合を除く→特別事情届に記載する項目は全て満たしているか。	介護事業に係る利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し収支が赤字である又は資金繰りに支障があることを示す						□	□	□	
		介護職員等の賃金水準の引き下げの内容						□	□	□	
		法人の経営及び介護職員等の賃金水準の改善の見込み						□	□	□	
		介護職員等の賃金引下げについて適切に労使の合意を得ていることを示す資料(合意の時期、方法等)						□	□	□	
①	月額賃金改善要件	処遇改善加算IVの1/2以上の月額改善	○	○	○	○	○	○	□	□	□
②	キャリアパス要件I	任用要件・賃金体系の整備等	○	○	○	○	○	○	□	□	□
③	キャリアパス要件II	研修の実施等	○	○	○	○	○	○	□	□	□
④	キャリアパス要件III	昇給の仕組みの整備等	○	○	○	○	○	-	□	□	□
⑤	キャリアパス要件IV	改善後の賃金要件(440万円1人以上)	○	○	○	○	-	-	□	□	□
⑥	キャリアパス要件V	介護福祉士等の配置要件	○	○	-	-	-	-	□	□	□
⑦	職場環境要件	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	-	-	-	-	○	○	□	□	□
		区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上)	○	○	○	○	-	-	□	□	□
		HP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載)	○	○	○	○	-	-	□	□	□
⑧	令和8年度特例要件	生産性向上や協働化に係る取組	-	○	-	○	-	-	□	□	□

介護職員等処遇改善加算算定要件整理表(表2-3)

◎ 対象事業 (介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション

加算要件	要件項目	処遇改善加算IVに準ずる要件	点検結果		
			適	不適	該当なし
賃金改善要件	基本給、手当、賞与等のうち対象項目を特定し、賃金水準を低下させていないか。	○ ○ ○ ○ ○ ○	□	□	□
	ただし、特別事情届を提出した場合を除く→特別事情届に記載する項目は全て満たしているか。	介護事業に係る利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し収支が赤字である又は資金繰りに支障があることを示す	□	□	□
		介護職員等の賃金水準の引き下げの内容	□	□	□
		法人の経営及び介護職員等の賃金水準の改善の見込み	□	□	□
		介護職員等の賃金引下げについて適切に労使の合意を得ていることを示す資料(合意の時期、方法等)	□	□	□
(i)	キャリアパス要件I	任用要件・賃金体系の整備等	□	□	□
(ii)	キャリアパス要件II	研修の実施等	□	□	□
(iii)	職場環境要件	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	□	□	□
⑧	令和8年度特例要件	生産性向上や協働化に係る取組	□	□	□

※(i)から(iii)をすべて満たすこと又は⑧を満たすこと