

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)        |
| 利用開始した月から12月を超えた場合の減算 | 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<br>(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<br>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<br>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"/> ６月ごとに実施<br><br><input type="checkbox"/> 該当<br><br><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<br>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<br>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"/> ６月ごとに実施<br><br><input type="checkbox"/> 該当<br><br><input type="checkbox"/> 該当 |                           |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当                                                                            |                           |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                        |                           |
| 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（P D C A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A D L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（P D C A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      |                           |

| 点検項目                       | 点検事項                                                                                                       | 点検結果                           |  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| 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    |  |
| 選択的サービス複数実施<br>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<br>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   |  |
|                            | $\frac{(\text{要支援状態区分の維持者数} + (\text{改善者数} \times 2))}{\text{評価対象期間内に選択的サービスを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}}$ | <input type="checkbox"/> 0.7以上 |  |
| 中山間地域等に居住する<br>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<br>(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的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    |             |

| 点検項目              | 点検事項                                              | 点検結果                           |             |
|-------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(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    |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(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） | 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<br>（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<br>（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<br>（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）<br>（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 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<br>（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<br>（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<br>（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）<br>（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<br>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<br>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<br>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                   |