

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
1. 通常規模事業所			
前年度の1月当たり平均利用延人員数が750人以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2. 大規模事業所(Ⅰ)			
前年度の1月当たり平均利用延人員数が900人以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3. 大規模事業所(Ⅱ)			
前年度の1月当たり平均利用延人員数が900人超	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-4. 感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合(規模区分変更の特例)			
より小さい規模区分がある大規模型について、事業所規模別の報酬区分の決定にあたり、前年度の平均延べ利用者数ではなく、延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることができることとする。 ※利用者減の翌月に届出、翌々月から適用。利用者数の実績が前年度平均等に戻った場合はその翌月に届出、翌々月まで。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 定員超過利用による減算	所定単位数の100分の70を算定		
月平均の利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 人員基準欠如による減算	所定単位数の100分の70を算定		
指定基準に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員を置いていること。 (自己点検表の「Ⅱ人員に関する基準」参照。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
4. 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数の100分の3を加算			
<p>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。</p> <p>※利用者減の翌月に届出、翌々月から適用。利用者数の実績が前年度平均等に戻った場合はその翌月に届出、翌々月まで。 利用者減に対応するための経営改善に時間を要するその他の特別の事情があると認められる場合は一回の延長を認める。 (※)「同一規模区分内で減少した場合の加算」「規模区分の変更の特例」の両方に該当する場合は、後者を適用。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 理学療法士等体制強化加算	1日につき30単位を加算			
(1) 人員配置基準に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の加算				
(1) 日常生活の世話をを行った後に引き続き、所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合であって、リハビリテーションの所要時間とその前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が、8時間以上となった場合、次の区分に応じて算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 7時間以上8時間未満のサービス提供の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ア. 8時間以上9時間未満の場合 50単位を加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用者が事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日にサービス提供を受ける場合は算定できない。
イ. 9時間以上10時間未満の場合 100単位を加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ウ. 10時間以上11時間未満の場合 150単位を加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
点検事項			
エ. 11時間以上12時間未満の場合 200単位を加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ. 12時間以上13時間未満の場合 250単位を加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カ. 13時間以上14時間未満の場合 300単位を加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. リハビリテーション提供体制加算			
(1) 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 3時間以上4時間未満 12単位/回 4時間以上5時間未満 16単位/回 5時間以上6時間未満 20単位/回 6時間以上7時間未満 24単位/回 7時間以上 28単位/回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算			
1回につき所定単位数の100分の5を加算			
(1) 事業所の医師等が、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供を行っていること。 【厚生労働大臣の定める地域 平21告83・二】 ① 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 ⇒ 喜入、松元、郡山の一部地域及び東桜島地区(喜入瀬々串、喜入生見、喜入一倉、入佐、直木、有屋田、東俣、黒神、高免) ② 半島振興法(昭和六十年法律第六十三号)第二条第一項の規定により指定された半島振興対策実施地域 ⇒ 喜入、松元、郡山、桜島及び東桜島地区(野尻・持木・東桜島・古里・有村・黒神・高免) ③ 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 ⇒ 桜島町新島	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 通常の実施地域に、上記の厚生労働大臣の定める地域が含まれていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(3) 通常の事業実施地域を超えた時に生ずる交通費を受領していないこと。 ※高速代や有料駐車場に止めた時の駐車代も別途請求はできない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 入浴介助加算(I)	1日につき40単位を加算		
(1) 通所介護計画書、入浴の提供が位置付けられていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 入浴介助を行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-2. 入浴介助加算(II)	1日につき60単位を加算		
(1) 入浴加算(I)(1)~(3)に該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。 ※医師等⇒医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
10. リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	1月につき560単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月以内の期間) 1月につき240単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月を超えた期間)		
(1)事業所の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)における指示を行った医師又は当該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、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)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、当該会議の内容を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して、6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)次のいずれかに適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①事業所の理学療法士、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訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
(8) (1)から(7)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-2. リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	1月につき593単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月以内の期間) 1月につき273単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月を超えた期間)		
(1)リハビリテーションマネジメント加算(A)イの(1)~(8)に該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者ごとの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な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-3. リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	1月につき830単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月以内の期間) 1月につき510単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月を超えた期間)		
(1)事業所の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)における指示を行った医師又は当該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、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)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、当該会議の内容を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して、6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
(6) 次のいずれかに適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①事業所の理学療法士、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訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) リハビリテーション計画について事業所の医師が利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) (1)から(7)までに適合することを確認し、記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10-4. リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	1月につき863単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月以内の期間) 1月につき543単位を加算(計画の同意を得た日の属する月から起算し6月を超えた期間)			
(1) リハビリテーションマネジメント加算(B)イの(1)から(8)までのいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用者ごとの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な実施のために必要な情報を活用していること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 短期集中個別リハビリテーション実施加算	1日につき110単位を加算			
(1) 事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。
(2) 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
12. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1日につき240単位を加算			※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)併算定不可
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師は、精神科医師若しくは精神内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師。
(3) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その退院(所)日又は通所開始日の属する日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合(1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 加算の対象となる利用者は、MMSE又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)において、おおむね5点～25点に相当する者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 過去3月の間に本加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 短期集中個別リハビリテーション加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) 生活行為向上リハビリテーション加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1月につき1920単位を加算			※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
②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計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合(1月に8回以上の実施が望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定可。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師は、精神科医師若しくは精神内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師。
(4) 通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めた上で実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供体制を整える必要から、利用者の居宅を訪問すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 通所リハビリテーション計画に従ったサービスの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできない。
(7) 加算の対象となる利用者は、MMSE又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)において、おおむね5点～25点に相当する者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) 過去3月の間に本加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9) リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10) 短期集中個別リハビリテーション加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(11) 生活行為向上リハビリテーション加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
	満たす	満たさ ない	
14. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日月から起算して6月以内 1月につき1250単位を加算		
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①生活行為(排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為)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生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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リハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③計画で定めたりハビリテーションの実施期間中にサービス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、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤指定通所リハビリテーション事業所の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当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 若年性認知症利用者受入加算	1日につき60単位を加算		
(1) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
(2) 個別の担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 栄養アセスメント加算	1月につき50単位を加算			
(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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定はしていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 栄養改善加算を算定はしていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 栄養改善加算	1回につき200単位を加算			
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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こと。 ※外部との連携⇒他の介護事業所(栄養改善加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。)又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、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、介護職員等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア計画(参考様式)
③ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録(参考様式)

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
④利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。 ※おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケアモニタリング (参考様式)
⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケアモニタリング (参考様式)
(2) 次のいずれかに該当する者であってサービスの提供が必要と認められる者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①BMIが18.5未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②1～6月間で3%以上の体重減少が認められる者又は基本チェックリストのNo. (11)の項目が「1」に該当する者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④食事摂取量が不良(75%以下)である者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)利用者に対して、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)3月以内の期間に限り、1月に2回を限度として算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養管理サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 口腔・栄養スクリーニング加算				
当該事業所以外で、既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-2. 口腔・栄養スクリーニング加算(1)	1回につき20単位を加算			
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
点検事項			
(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 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であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 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であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 6月に1回を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-3. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回につき5単位を加算		
次に掲げる(1)1~4又は(2)1~4のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(1)－3 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であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)－4 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を終了した日の属する月でないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)－1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)－2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)－3 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)－4 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき150単位を加算			口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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等が共同して、利用者ごとに口腔機能改善管理指導計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的(おおむね3月ごと)に評価し、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 次のいずれかに該当する者であってサービスの提供が必要と認められる者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用者に対して、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)3月以内の期間に限り、1月に2回を限度として算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が回復せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-2. 口腔機能向上加算(Ⅱ)	1回につき160単位を加算 口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可		
(1)口腔機能向上加算(Ⅰ)の(1)～(5)に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 通所リハビリテーション費の算定			
利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費は、算定しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 重度療養管理加算	1日につき100単位を加算		
(1)厚生労働大臣が定める状態にある利用者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
②呼吸障害等により、人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③中心静脈注射を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧褥瘡に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)要介護3、4又は5である者に対して、計画的な医学的管理のもと、サービスを行った場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 中重度者ケア体制加算	1日につき20単位を加算		
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①人員基準で配置すべき員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3、4又は5である者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③サービス提供時間帯を通じて、専らサービスの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位		
(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、厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(2) 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 同一建物減算	1日につき94単位を所定単位数から減算		
事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者に対し、サービスを行った場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 送迎を行わない場合の減算	片道につき47単位を所定単位数から減算		
送迎を実施していない(利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合等)場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 移行支援加算	1日につき12単位を加算		
(1) 次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 評価対象期間(加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間)においてサービスの提供を終了した者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が100分の3を超えていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 評価対象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、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 12を当該通所リハビリテーション事業所の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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. サービス提供体制強化加算			
※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うものとする。 ※勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができるものとする。			

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果				
	請求実績有		請求 実績無		
	満たす	満たさ ない			
27-2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1回につき22単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)の併算定不可			
(1) 次のいずれかに適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①事業所の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以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27-3. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		1回につき18単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)の併算定不可			
(1) 事業所の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以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27-4. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		1回につき6単位を加算 ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)の併算定不可			
(1) ①か②のいずれかに該当すること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①事業所の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以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通					
(1) 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置がされていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(2) 改善計画書の作成、周知、届出がされていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
(3)賃金の改善を実施していること。 (介護従業者1人当たり月額: 円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	賃金改善確認書
(4)処遇改善に関する実績の報告がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5)前12月間に法令違反し、罰金以上の刑を受けた事例はないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)労働保険料を適正に納付していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の47を加算		
(1)次の①～⑦の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
⑥ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する次の仕組みを設けていること。 (1)経験に応じて昇給する仕組み(勤続年数や経験年数に応じて昇給する仕組み) (2)資格等に応じて昇給する仕組み(資格取得に応じて昇給する仕組み) (3)一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み(実技経験や人事評価などの結果に基づき昇給する仕組み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	評価基準や昇給条件が明文化されたもの
⑦ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28-3 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の34を加算			
(1) 次の①～⑥の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
28-4. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の19を加算			
(1) 次の①～③又は④～⑤に適合し、かつ、⑥に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1) 計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2) 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通				
(1) 次のa～dに掲げるいずれにも適合し、かつ、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に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
a 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額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。(ただし、当該加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。) ※経験・技能のある介護職員…介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
点検事項				
b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に関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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c 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倍以上であること。（ただし、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はその限りではない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 改善計画書の作成、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
(3) 賃金改善の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 処遇改善に関する実績の報告をしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 介護職員処遇改善加算の（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) (6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29-2. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の20を加算			
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29-3. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の17を加算			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）・（Ⅱ）共通事項全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 介護職員等ベースアップ等支援加算				
(1) 賃金改善に関する介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、計画に基づく措置、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ベースアップ等支援加算処遇改善計画書
(2) 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り、その見込額の三分の二以上を基本給または決まって毎月支払われる手当に充てること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
1. 算定の基準について			
(1) 当該事業所の医師は、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) (1)における指示を行った医師又は当該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、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護予防通所リハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所(指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第110号において同じ。)の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 定員超過利用による減算	所定単位数の100分の70を算定		

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
月平均の利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 人員基準欠如による減算	所定単位数の100分の70を算定		
指定基準に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員を置いていること。 (自己点検表の「Ⅱ 人員に関する基準」参照。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1回につき所定単位数の100分の5を加算		
(1) 事業所の医師等が、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供を行っていること。 【厚生労働大臣の定める地域 平21告83・二】 ① 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 ⇒ 喜入、松元、郡山の一部地域及び東桜島地区(喜入瀬々串、喜入生見、喜入一倉、入佐、直木、有屋田、東俣、黒神、高免) ② 半島振興法(昭和六十年法律第六十三号)第二条第一項の規定により指定された半島振興対策実施地域 ⇒ 喜入、松元、郡山、桜島及び東桜島地区(野尻・持木・東桜島・古里・有村・黒神・高免) ③ 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 ⇒ 桜島町新島	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 通常の実施地域に、上記の厚生労働大臣の定める地域が含まれていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 通常の実施地域を超えた時に生ずる交通費を受領していないこと。 ※高速代や有料駐車場に止めた時の駐車代も別途請求はできない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日月から起算して6月以内 1月につき562単位を加算		
(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生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(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リハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防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、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)指定介護予防通所リハビリテーション事業所の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当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)本加算の算定に当たっては、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見据えた目標や実施内容を設定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 若年性認知症利用者受入加算	1月につき240単位を加算		
(1)受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)個別の担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 同一建物減算	要支援1 1月につき376単位を減算 要支援2 1月につき752単位を減算		
事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者に対し、サービスを行った場合。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超える場合		
利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(1)要支援1の場合1月につき20単位減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)要支援2の場合1月につき40単位減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 運動器機能向上加算	1月につき225単位を加算			
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が共同して、運動器機能向上計画（おおむね3月程度で達成可能な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短期目標を設定。当該目標は、介護予防サービス計画と整合が図られていること。）を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	運動器機能向上計画
③利用者ごとの運動器機能向上計画（実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載）に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)短期目標に応じて、おおむね1月間ごとに目標の達成度と運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて計画の修正を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)計画の実施期間終了後に、利用者ごとに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、その結果を介護予防支援事業者に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 栄養アセスメント加算	1月につき50単位			
(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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
(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、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 栄養改善加算	1回につき200単位を加算			
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション)との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア計画(参考様式)
③利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
④利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価(おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行う)を行い、その結果を当該利用者を担当する介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養ケアモニタリング(参考様式)
⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回につき20単位を加算			※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 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若しくは選択的サービス複数実施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であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施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であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 6月に1回を限度とすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-2. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回につき5単位を加算		※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可
次に掲げる(1)又は(2)の基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 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若しくは選択的サービス複数実施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であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
④算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③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若しくは選択的サービス複数実施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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 口腔機能向上加算(Ⅰ)	1月につき150単位を加算			口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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、介護職員等が共同して、利用者ごとに口腔機能改善管理指導計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④利用者ごと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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
13-2. 口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき160単位を加算			口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可
(1)口腔機能向上加算(Ⅰ)に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
(2)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に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、当該情報その他口腔衛生の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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月につき480単位を加算			
(1)次のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①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のうち、2種類のサービスを実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②利用者が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、選択的サービスを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③利用者に対し、選択的サービスのうち、いずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14-2. 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月につき700単位を加算			
①利用者に対し、選択的サービスのうち、3種類のサービスを実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②利用者が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、選択的サービスを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③利用者に対し、選択的サービスのうち、いずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 事業所評価加算	1月につき120単位を加算			
(1)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないものとして市に届け出て、選択的サービスを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)評価対象期間における事業所の利用実人員数が10名以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	評価対象期間は、加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(3) 選択的サービスを週1回以上実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位		
(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入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. サービス提供体制強化加算			
※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)の併算定不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 1月につき88単位を加算 要支援2 1月につき176単位を加算		
(1) 次のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①事業所の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以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-3. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1 1月につき72単位を加算 要支援2 1月につき144単位を加算		
(1)事業所の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以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
17-4. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1 1月につき24単位を加算 要支援2 1月につき48単位を加算			
(1)①か②のいずれかに該当すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①事業所の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以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通				
(1)賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(2)改善計画書の作成、周知、届出がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(3)賃金の改善を実施していること。 (介護従業者1人当たり月額: 円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	賃金改善確認書
(4)処遇改善に関する実績の報告がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5)前12月間に法令違反し、罰金以上の刑を受けた事例はないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)労働保険料を適正に納付していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の47を加算			
(1)次の①～⑦の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
点検事項	満たす	満たさない		
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する次の仕組みを設けていること。 (1)経験に応じて昇給する仕組み(勤続年数や経験年数に応じて昇給する仕組み) (2)資格等に応じて昇給する仕組み(資格取得に応じて昇給する仕組み) (3)一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み(実技経験や人事評価などの結果に基づき昇給する仕組み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	評価基準や昇給条件が明文化されたもの
⑦ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-3. 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の34を加算			
(1) 次の①～⑥の全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
④介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18-4. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の19を加算			
(1)次の①～③又は④～⑤に適合し、かつ、⑥に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則等の明確な根拠規定
④介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
⑥ 職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通				
(1) 次のa～dに掲げるいずれにも適合し、かつ、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に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
a 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額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。(ただし、当該加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。) ※経験・技能のある介護職員…介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に関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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c 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倍以上であること。(ただし、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はその限りではない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 改善計画書の作成、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
(3) 賃金改善の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 処遇改善に関する実績の報告をしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 介護職員処遇改善加算の(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防通所リハビリテーション費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
(7)(6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19-2. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の20を加算			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19-3. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の17を加算			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通事項全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 介護職員等ベースアップ等支援加算				
(1)賃金改善に関する介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、計画に基づく措置、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ベースアップ等支援加算処遇改善計画書
(2)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り、その見込額の三分の二以上を基本給または決まって毎月支払われる手当てに充てること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	