

地域密着型通所介護費 点検表

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
事業所規模による区分	前年度の1月当たり平均利用延人員数を計算・記録し、該当する区分の地域密着型通所介護費を請求しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		事業所規模算定表
所要時間による区分	現に要した時間ではなく、地域密着型通所介護計画に位置づけられた内容を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定しているか。 * 送迎に要する時間は含まれない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		地域密着型通所介護計画書 サービス提供記録
送迎時の居宅内介助等	送迎時に実施した居宅内介助等(着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締まり等)に要する時間を地域密着型通所介護の所要時間に含めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サービス提供記録
	1日30分以内を限度として、居宅サービス計画および地域密着型通所介護計画に位置付けた上で実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		居宅サービス計画書 地域密着型通所介護計画書
	居宅内介助等を行う者は、介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ホームヘルパー1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級課程修了者を含む。)、看護職員、機能訓練指導員または当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所等においてサービスを直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	勤務実績表 資格証等
2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護	心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結びつけていく必要がある者など、利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書 地域密着型通所介護計画書 サービス提供記録
	単に入浴サービスのみといった利用ではなく、日常生活を通じた機能訓練等を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
延長加算	7時間以上9時間未満の地域密着型通所介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護計画書 サービス提供記録
	地域密着型通所介護と延長サービスを通算した時間が9時間以上の部分について算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事業所の設備を利用して宿泊する場合に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
定員超過減算	利用定員を上回る利用者(1月間(歴月)の利用者数の平均(小数点以下切上げ))を利用させていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス提供記録
	月平均の利用者の数が利用定員を超える場合は、翌月から解消月まで、利用者全員について、介護報酬を告示上の額の70/100の算定としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
人員基準減算	看護職員および介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 サービス提供記録
	看護職員および介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数から一割を超えて減少した場合には翌月から解消月まで、一割の範囲内で減少した場合にはその翌々月から解消月まで、利用者全員について、介護報酬を告示上の額の70/100の算定としているか。 ※看護職員の算定式 $\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{当該月のサービス提供日数}}$ ※介護職員の算定式 $\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護報酬算定届
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて地域密着型通所介護を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	本加算を算定する利用者について、交通費の支払いを受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住または同一建物から通う利用者に対し、減算を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護計画書等
	例外的に減算対象とならない場合(傷病により一時的に歩行困難な者または歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難な者に対し、2人以上の従業者が往復の移動を介助した場合)は、その理由や移動介助の方法および期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で検討し、その内容および結果について地域密着型通所介護計画に記載しているか。また、移動介助者および移動介助時の利用者の様子等について、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の記録 サービス提供記録

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
送迎減算	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など送迎を実施していない場合は、片道につき減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	サービス提供記録
	宿泊サービスを提供している場合、減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴介助加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員および設備を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		地域密着型通所介護計画書等 サービス提供記録
	地域密着型通所介護計画に入浴の提供が位置づけられているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
個別機能訓練加算 I	サービス提供時間帯を通じて専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 資格証等
	上記理学療法士等を配置する曜日を定め、利用者や居宅介護支援事業者へ周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		重要事項説明書等
	複数種類から選択できる機能訓練の項目(身体機能の向上を中心)を準備し、利用者の心身の状況に応じて適切に実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		興味・関心チェックシート 居宅訪問チェックシート 個別機能訓練計画書
	居宅を訪問した上で利用者の生活状況を確認し、多職種共同で、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		居宅サービス計画書 地域密着型通所介護計画書
	個別機能訓練計画は、居宅サービス計画、地域密着型通所介護計画と連動し、整合性が保たれているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	個別機能訓練計画の内容を利用者・家族に説明し、同意を得るとともに、計画の写しを交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を実施し、実施時間、内容、担当者等を記録し、利用者ごとに保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		実施記録
	個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等を評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		モニタリング記録
	3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者・家族に対して個別機能訓練の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明、必要に応じて訓練内容を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
個別機能訓練加算Ⅱ	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 資格証等
	上記理学療法士等を配置する曜日を定め、利用者や居宅介護支援事業者へ周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		重要事項説明書等
	心身機能・活動・参加といった日常生活における生活機能の維持・向上を図るための目標を設定し、実践的かつ反復的な訓練を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		個別機能訓練計画書
	居宅を訪問した上で利用者の生活状況を確認し、多職種共同で、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		興味・関心チェックシート 居宅訪問チェックシート 個別機能訓練計画書
	個別機能訓練計画は、居宅サービス計画、地域密着型通所介護計画と連動し、整合性が保たれているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書 地域密着型通所介護計画書
	個別機能訓練計画の内容を利用者・家族に説明し、同意を得るとともに、計画の写しを交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	個別機能訓練計画に基づき、概ね週1回以上、理学療法士等が利用者に対して直接機能訓練を実施し、実施時間、内容、担当者等を記録し、利用者ごとに保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		実施記録
	個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等を評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		モニタリング記録
個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ共通	同一日に個別機能訓練加算ⅠとⅡを算定する場合にあたっては、加算Ⅰに係る常勤専従の機能訓練指導員と加算Ⅱに係る機能訓練指導員はそれぞれ別に配置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	勤務実績表
	加算Ⅰと加算Ⅱそれぞれの目的・趣旨が異なることから、それぞれの個別機能訓練計画に基づいた適切な訓練を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個別機能訓練計画書

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
中重度者ケア体制加算	<p>歴月ごとに人員基準の看護職員または介護職員の員数に加え、看護職員または介護職員を常勤換算方法で2以上確保しているか。 * 延長加算を算定する際に配置する勤務時間数は含められない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 サービス提供記録
	<p>前年度または算定月の前3月間の利用者総数(要支援者除く。)のうち、要介護3以上の利用者の割合が30/100以上か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>サービス提供時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置しているか。 * 他の職務(機能訓練指導員、口腔機能向上加算を算定するための看護職員等)との兼務は不可。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 資格証等
	<p>中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを地域密着型通所介護計画等に設定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		地域密着型通所介護計画書等
認知症加算	<p>歴月ごとに人員基準の看護職員または介護職員の員数に加え、看護職員または介護職員を常勤換算方法で2以上確保しているか。 * 延長加算を算定する際に配置する勤務時間数は含められない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表
	<p>前年度または算定月の前3月間の利用者総数(要支援者除く。)のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の割合が20/100以上か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	算定表 地域密着型通所介護計画書等
	<p>サービス提供時間帯を通じて専ら当該地域密着型通所介護の提供に当たる認知症関連研修修了者を1名以上配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		研修修了証等
	<p>認知症の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを地域密着型通所介護計画等に設定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<p>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者に対して算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者(40歳以上60歳未満。60歳の誕生日の前々日まで。)に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス提供記録 地域密着型通所介護計画等
	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	認知症加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例) 栄養ケア計画書(通所・居宅)(様式例)
	次のいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者について算定しているか。 イ. BMIが18.5未満である者 ロ. 1~6月間で3%以上の体重の減少が認められる者または「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.(11)の項目が「1」に該当する者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ. 食事摂取量が不良(75%以下)である者 ホ. その他低栄養状態にあるまた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"/>	
	算定は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮しつつ、利用者の栄養状態に関して解決すべき課題の把握(栄養アセスメント)を行い、多職種共同で栄養食事相談に関する事項、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	作成した計画については、利用者またはその家族に説明し、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
栄養改善加算 (つづき)	計画に従い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か。なお、サービス提供の際、計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		栄養ケア提供経過記録 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例) 勤務実績表、サービス提供記録
	利用者の栄養状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、概ね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、その結果を担当の介護支援専門員や主治医に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3月を超えて引き続き算定する場合は、概ね3月ごとの評価の結果、上記イ～ホのいずれかに該当する者であって継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 口腔機能向上サービスに関する課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票(様式例)
	次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者について、算定しているか。 イ. 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 ロ. 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 ハ. その他口腔機能の低下している者またはそのおそれがある者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医または主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者が歯科診療を受診している場合であって、以下のイまたはロのいずれかに該当する者に加算を算定していないか。 イ. 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 ロ. 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
口腔機能向上加算 (つづき)	算定は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 口腔機能向上サービス提供経過記録 口腔機能向上サービスに関する課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票(様式例) 勤務実績表、サービス提供記録
	利用者ごとの口腔機能を利用開始時に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、多職種共同で取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	作成した計画については、利用者またはその家族に説明し、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士また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か。なお、サービス提供の際、計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	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、概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を担当の介護支援専門員や主治医、歯科医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
サービス提供体制強化加算 I(イ)	3月を超えて引き続き算定する場合は、概ね3月ごとの評価の結果、以下のイまたはロのいずれかに該当する者であって、継続的に口腔機能向上サービスを提供することによって、口腔機能の向上の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		算定表、勤務実績表、介護福祉士登録証
	イ. 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者				
	ロ. 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者				
	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が5割以上(常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均)か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
前年度の実績が6月に満たない事業所は、算定月の直近3月間の割合が5割以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
上記算定要件を満たす記録を作成・保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(自己点検シート)

地域密着型通所介護費(8/10)

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
サービス提供体制強化加算 I (ロ)	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が4割以上(常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均)か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	算定表、勤務実績表、介護福祉士登録証
	前年度の実績が6月に満たない事業所は、算定月の直近3月間の割合が4割以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上記算定要件を満たす記録を作成・保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
サービス提供体制強化加算II	直接処遇職員(生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員)のうち勤続年数3年以上の職員の占める割合が3割以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	算定表、勤務実績表
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上記算定要件を満たす記録を作成・保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護職員処遇改善加算 I～IV共通	加算の算定見込額を上回る介護職員の賃金改善計画を策定し、計画に基づく適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	加算算定額に相当する賃金改善を実施しているか。事業継続困難な場合に賃金水準を見直す場合には、その内容を届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	【キャリアパス要件Ⅰ】 介護職員の任用の際における職責または職務内容等の要件を定め、書面を作成し、全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		研修計画等
	【キャリアパス要件Ⅱ】 介護職員の資質の向上に支援に関する計画を策定し、研修の実施または研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	【職場環境等要件①】 平成27年4月から計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容および当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護職員処遇改善加算Ⅱ	上記キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱのいずれかを満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		研修計画等
	【職場環境等要件②】 平成20年10月から計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容および当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算Ⅲ	上記キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱまたは職場環境等要件②のいずれかを満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画等