

605 認知症対応型共同生活介護費

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------------------|--|--------------------------------|--|
| 夜勤の勤務条件に関する基準を満たさない場合 | 介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上 | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない | <input type="checkbox"/> 未整備 | |
| | 身体拘束等適正化委員会を3月に1回以上開催していない | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 身体拘束等適正化のための指針の整備又は定期的な研修を行っていない | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合 | 3つの共同生活住居を有する事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能である構造 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、利用者の安全性が確保されていると認められること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 夜間支援体制加算（Ⅰ） | 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定していること。 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ） | 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定していること。 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上。 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------|--|--------------------------|----|
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 次のa～cに該当しない a 病院又は診療所に入院中の者 b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 c 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、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護の利用中の者 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断し、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 介護支援専門員、受入事業所の職員と連携をし、利用者又は家族との同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業所は判断を行った医師名、日付及び留意事項等を介護サービス計画書に記録している | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 利用開始日から起算して7日以内 | <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を定めている | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供を行う | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 入院時費用 | 利用者が病院又は診療所への入院をした場合 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、利用者及び家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を提供するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び事業所に円滑に入居できる体制を確保していること | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 上記について、あらかじめ利用者に説明を行っている | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|---------|---|-----------------------------|-----------|
| 看取り介護加算 | 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に指針の内容を説明し、同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | 看取りに関する指針 |
| | 医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護職員、介護支援専門員その他の職種による協議の上、事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜看取りに関する指針を見直している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 看取りに関する職員研修を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）等が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者に対して説明をし、文書にて同意を得ること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 利用者等に対する随時の説明に係る同意を口頭で得た場合には、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておく | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれない場合、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載すること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 死亡日以前31日以上45日以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 死亡日以前4日以上30日以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 死亡日の前日及び前々日 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------|---|-----------------------------|---|
| | 死亡日 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医療連携体制加算を算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 初期加算 | 入居した日から起算して30日以内（30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所に再び入居した場合も、同様とする。） | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 過去3月間（ただし日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）の間に、当該事業所に入居したことがない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 医療連携体制加算（Ⅰ） | 事業所の職員として又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保していること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 看護師による24時間連絡できる体制を確保していること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること | <input type="checkbox"/> 該当 | 重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等） |
| 医療連携体制加算（Ⅱ） | 事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること（事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみの場合は、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師により24時間連絡できる体制を確保していること） | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------|---|-----------------------------|---|
| | 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する者が1名以上 (一) 喀痰吸引を実施している状態 (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 (三) 中心静脈注射を実施している状態 (四) 人工腎臓を実施している状態 (五) 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 (六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 (七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 (八) 褥瘡に対する治療を実施している状態 (九) 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること | <input type="checkbox"/> 該当 | 重度化した場合における対応に係る指針(急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等) |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 事業所の職員として、看護師を常勤換算方法で1名以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 職員である看護師又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携による24時間連絡できる体制を確保していること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する者が1名以上 (一) 喀痰吸引を実施している状態 (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 (三) 中心静脈注射を実施している状態 (四) 人工腎臓を実施している状態 (五) 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 (六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 (七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 (八) 褥瘡に対する治療を実施している状態 (九) 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | |
|--------------|--|--------------------------|----|---|
| | 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること | <input type="checkbox"/> | 該当 | 重度化した場合における対応に係る指針(急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等) |
| 退居時相談援助加算 | 利用期間が1月を超える利用者が退居 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 利用者の退去時に利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村(特別区を含む。)及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも行い、当該相談援助を行った日付及び内容の要点に関する記録を行うこと | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 利用者1人につき1回が限度 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19人を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行うこと | <input type="checkbox"/> | 実施 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|---------------|--|--------------------------|----|
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催 | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施又は実施を予定 | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、ICTの活用等により利用者のADL及びIADLに関する状況について把握して助言を行い、助言に基づいて計画作成担当者が行った生活機能アセスメント | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供 | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月 | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、共同して行った生活機能アセスメント | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供 | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月以降3月の間 | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 栄養管理体制加算 | 管理栄養士(当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。)が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている | <input type="checkbox"/> | 実施 |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------------|--|--|--------------|
| 口腔衛生管理体制加算 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の助言及び指導に基づき口腔ケアマネジメント計画を作成 | <input type="checkbox"/> 該当 | 口腔ケアマネジメント計画 |
| | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る指導及び助言を実施 | <input type="checkbox"/> 1月に1回以上 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者ごとのADL値等の情報を厚生労働省に提出 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | サービスの提供に当たって、必要な情報を活用していること。 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 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へ情報提供 | <input type="checkbox"/> 利用開始時及び利用中6月ごとに実施 | |
| | 本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定 | <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| | 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) | 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"/> いずれか該当 | |
| | 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 | | |
| | 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) | 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 | |
| | 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60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(Ⅲ) | 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 | |
| | 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"/> いずれか該当 | |
| | 看護・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が100分の75以上 | | |
| | サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の者が100分の30以上 | | |
| | 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 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------|---|---|-------------|
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合 (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (2)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 (3)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 |
| | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合 (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (2)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確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 |
| | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------|--|--|----------------|
| | 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(1)、(2)いずれかに適合 (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (2)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 <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 |
| | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 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 (一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上 (二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く) (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善の実施の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表 | <input type="checkbox"/> あり | |

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