

令和4年度版

自主点検表

(介護報酬編)

(認知症対応型共同生活介護)

事業所番号: 11

事業所名:

点検年月日: 年 月 日()

点検担当者:

604 認知症対応型共同生活介護費

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	夜勤減算	介護従業者の数が共同生活住居の数未満	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	介護給付費明細書、勤務表
有・無	有・無	身体拘束廃止未実施減算	身体的拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束等の記録 ・委員会会議録 ・適正化の指針 ・研修記録
			身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない。または、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知していない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2以上とする場合	3ユニットの場合で、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっている。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・平面図 ・安全対策マニュアル ・安全対策訓練記録
有・無	有・無	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。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書、明細書
			定員超過利用・人員基準欠如に該当している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制一覧表
			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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・出勤簿(タイムカード)
有・無	有・無	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。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書、明細書 ・勤務体制一覧表 ・出勤簿(タイムカード)
			定員超過利用・人員基準欠如に該当している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			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、指定認知症対応型共同生活介護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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	認知症行動・心理症状 緊急対応加算	短期利用共同生活介護の利用者 当該利用者は、病院又は診療所に入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、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を利用中の者でない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書、明細書 ・勤務体制一覧表 ・出勤簿(タイムカード) ・共同生活介護計画書 ・利用者に関する記録 ・医師の判断がわかるもの
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			医師が緊急に短期利用共同生活介護を利用することが適当と判断したものに短期利用共同生活介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			介護支援専門員及び受入事業所との連携をし、利用者又は家族との同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			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、事業者は判断を行った日時、医師名、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	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			利用開始日から起算して7日以内	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	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	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書、明細書 ・利用者に関する記録
			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を提供している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	利用者の入院期間中の体制	入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれる者。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書、明細書 ・利用者に関する記録
			利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図っている。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			入院時の費用の算定期間中であっては、当該利用者の居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用していない。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			入院の初日及び最終日は算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			退院後再び当該事業所に円滑に入居することができる体制を確保していることについて説明している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			入院した場合、1月に6日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類		
有・無	有・無	看取り介護加算	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	<input type="checkbox"/>	該当しない	・医師の診断書等
			利用者、家族の合意を得て介護に係る計画が作成され同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	
			医師、看護師、介護職員、介護支援専門員等が利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時利用者又は家族へ説明、合意を得ている。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	
			自己負担の請求について利用者側に説明し文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	・共同生活介護計画 ・説明資料 ・同意書
			当該事業所と訪問看護ステーション等が必要な連携をとることができる距離にある。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	・訪問看護ステーション資料
			PDCAサイクルにより、看取り介護を実施する体制を構築している。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	
			多職種連携により、利用者等に対し十分な説明を行っている。また、継続的な説明に努め、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供している。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	
			管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針を定めている。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	
			看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができるが、適宜見直しを行っている。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	・看取りに関する指針
			看取りに関する職員研修を行っている。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	・研修記録
			次の事項を介護記録等に記録し、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による情報共有に努めている。 イ 終末期の身体症状の変化及び介護等の記録 ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びケアについての記録 ハ 利用者等の意向とアセスメント及び対応についての記録	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	・利用者に関する記録
			退居等の際入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得ている。	<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	該当しない	・同意書

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			本人又は家族に対する随時説明を口頭でした場合は介護記録に記載している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・利用者に関する記録
			本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡して来てもらえない場合、介護記録に職員間の相談日時、内容等及び本人家族の状況が記載されている。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・利用者に関する記録
			死亡日以前31日以上45日以下	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書
			死亡日以前4日以上30日以下	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			死亡日	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			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	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
	有・無	初期加算	入所した日から起算して30日以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書
			30日を超える入院後の入居	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	医療連携体制加算(Ⅰ)	病院、訪問看護ステーション等との連携により看護師を1名以上確保	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・勤務体制一覧表 ・出勤簿(タイムカード) ・契約書 ・指針 ・同意書
			看護師による24時間連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			入居の際に利用者等に対して指針の内容を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	医療連携体制加算(Ⅱ)	看護職員を常勤換算方法で1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制一覧表 ・出勤簿(タイムカード) ・契約書 ・利用者に関する記録 ・指針 ・同意書
			事業所の看護職員又は病院、訪問看護ステーション等の看護師との連携による24時間連絡体制を確保している。 ただし、事業所に配置している職員が准看護師のみの場合、病院、訪問看護ステーション等の看護師との連携による24時間連絡体制を確保	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			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状態の利用者が1名以上 (1)喀痰吸引を実施している状態 (2)経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 (3)呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 (4)中心静脈注射を実施している状態 (5)人工腎臓を実施している状態 (6)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 (7)人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 (8)褥瘡に対する治療を実施している状態 (9)気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			入居の際に利用者等に対して指針の内容を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	医療連携体制加算(Ⅲ)	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	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制一覧表 ・出勤簿(タイムカード) ・契約書 ・利用者に関する記録 ・指針 ・同意書
			事業所の看護師又は病院、訪問看護ステーション等の看護師との連携による24時間連絡体制を確保している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			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状態の利用者が1名以上 (1)喀痰吸引を実施している状態 (2)経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 (3)呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 (4)中心静脈注射を実施している状態 (5)人工腎臓を実施している状態 (6)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 (7)人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 (8)褥瘡に対する治療を実施している状態 (9)気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			入居の際に利用者等に対して指針の内容を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	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	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・介護状況を示す文書 ・利用者に関する記録 ・共同生活介護計画
			退居後の居宅サービス又は地域密着サービスその他の保健医療、福祉サービスについての相談援助	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			利用者の同意の上、退居日から2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			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相談援助を行い当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			利用者1人につき1回が限度	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症患者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	※対象者の割合の記録は、当日実地指導で確認させていただきます。 <ul style="list-style-type: none"> ・研修終了証 ・職員名簿 ・主治医意見書又は認定調査票 ・会議録
			対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	※対象者の割合の記録は、当日実地指導で確認させていただきます。 ・研修終了証 ・職員名簿 ・主治医意見書又は認定調査票 ・会議録 ・研修計画
			対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的を実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			専門的な研修修了者を上記の基準に加え1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	計画作成担当者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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医師、理学療法士等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・利用者に関する記録 ・共同生活介護計画 ・評価の記録
			当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく介護を行い、初回の介護が行われた日の属する月に算定している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	指定訪問リハビリテーション事業所、指定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医師、理学療法士等が事業所を訪問している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・利用者に関する記録 ・共同生活介護計画 ・評価の記録
			計画作成担当者が当該医師、理学療法士等と利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			当該医師、理学療法士等と連携し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく介護を行い、初回の介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき算定している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	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、介護職員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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	栄養管理体制加算	栄養ケアを推進するための課題目標, 具体的方策, 留意事項等必要な事項を記録している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	介護給付費明細書 ・指示の記録
	有・無	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が, 介護職員に口腔ケアに係る助言, 指導を月1回以上行っている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・指示の記録 ・利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画
助言, 指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成			<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない		
口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標, 具体的方策, 留意事項等必要な事項が記載されている			<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない		

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	口腔・栄養スクリーニング加算	従業者が、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のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・確認した栄養状態の記録 ・計画作成担当者へ提供した記録
			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ない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	科学的介護推進体制加算	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(1)。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護計画
			必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定認知症対応型共同生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の数7割以上	<input type="checkbox"/> いずれかに該当	<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・職員台帳(履歴書)、資格証等 ・割合についての記録
			介護職員の総数のうち、勤続年数10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。			
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない				
有・無	有・無	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数6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> いずれかに該当	<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・職員台帳(履歴書)、資格証等 ・割合についての記録
			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以上であること。			
			指定認知症対応型共同生活介護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。			
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない				
			(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			(2) 当該事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した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、市に届け出ていること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(4) 当該事業所において、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すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算 (I)	(5) 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、罰金以上の刑に処せられていないこと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	・処遇改善加算計画書 ・処遇改善加算届出書 ・その他添付書類
			(6) 当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、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。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(三) 次に掲げる要件の全てに適合すること a 介護職員の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を判定する仕組みを設けていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			(8)平成27年4月から(2)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(賃金改善に関するものを除く。)及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こと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、(7)(一)及び(7)(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善加算計画書 ・処遇改善加算届出書 ・その他添付書類
			(8)平成27年4月から(2)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(賃金改善に関するものを除く。)及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こと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、(7)(一)又は(7)(二)に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善加算計画書 ・処遇改善加算届出書 ・その他添付書類
			(8)平成20年10月から(2)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(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(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、介護職員等特定処遇改善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こと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(二) 当該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こと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(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ないこと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等特定処遇改善計画書 ・介護職員等特定処遇改善実績報告書 ・その他添付書類
			(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こと。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(2) 当該事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(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を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(4) 当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(5) 認知症対応型共同生活介護費における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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(6) 認知症対応型共同生活介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			(8) (7)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。 ※令和3年度は算定要件とはされない。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)記載の(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等特定処遇改善計画書 ・介護職員等特定処遇改善実績報告書 ・その他添付書類