

自己点検シート

(介護報酬編)

訪問介護・第1号訪問事業

事業所番号： 33

事業所名：

点検年月日： 令和 年 月 日()

点検担当者：



訪問介護費・第1号訪問事業費

頁数はR3年版のもの

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| / | 訪問介護員等の資格 | 介護福祉士 実務者研修修了者 介護職員初任者研修修了者 介護職員基礎研修課程修了者 訪問介護員養成研修1級・2級課程修了者 保健師、看護師、准看護師(=みなし1級) 生活支援訪問サービス従事者研修修了者 ※生活支援訪問サービスのみに従事可 | <input type="checkbox"/> いずれか <input type="checkbox"/> 該当 | 資格証 | 「訪問介護員等の具体的範囲等について」 平成26年 長寿1722号 | 同左 |
| / | 身体介護中心型の単位数 | 20分未満(163単位) 20分以上30分未満(244単位) 30分以上1時間未満(387単位) 1時間以上(567単位に30分を増すごとに+82単位) | <input type="checkbox"/> 該当 | 居宅サービス計画 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | 青P156 | / |
| / | 生活援助中心型の単位数 | 20分以上45分未満(179単位) 45分以上(220単位) | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| / | 通院等乗降介助の単位数 | 片道(97単位) | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 訪問介護(身体介護及び生活援助)の所要時間 | | 実際に行われた時間ではなく、訪問介護計画に位置付けられた内容の訪問介護を行うのに要する標準的な時間で算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | 居宅サービス計画 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | 青P127 青P158,159 青P167 緑P53 Q2~4 緑P55 Q8,9 緑P317 Q5,6 緑P319 Q12 緑P320 Q13 | |
| | | 前回提供した訪問介護からおおむね2時間未満の間隔で訪問介護を行う場合は、それぞれの所要時間を合計して1回の訪問介護として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | ※「20分未満の身体介護(頻回の訪問)」及び「緊急時訪問介護加算」を算定する場合を除く。 | | | | |
| | | 単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い、若干の身体介護又は生活援助を行う ⇒訪問介護の算定不可 | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | |
| | | 1人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行った場合は、それぞれの所要時間を合計して1回の訪問介護として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 1回の訪問において身体介護及び生活援助を行う場合は、身体介護中心型の単位数に、生活援助が20分以上で65単位、45分以上で130単位、70分以上で195単位を加算する方式により、1回の訪問介護(コード:身体生活)として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | ※20分未満の身体介護に引き続き、生活援助を行うことは不可(「緊急時訪問介護加算」を算定する場合を除く。) | | | | |
| | 複数の要介護者がいる世帯において、同一時間帯に訪問介護を利用する場合は、 【身体介護の場合】 それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画に位置付け、それぞれ算定 【生活援助の場合】 要介護者間で適宜所要時間を振り分けて居宅サービス計画に位置付け、それぞれ算定 * 要介護者と要支援者がいる世帯も同様 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 身体介護中心型 | 利用者の身体に直接接触して行う介助サービス | <input type="checkbox"/> いずれか 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 | 訪問介護計画 実施記録 | 青P162 青P191～194 緑P54 Q5 緑P54 Q7 緑P317～319 Q8～11 | 同左 |
| | | 利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に 行う自立支援・重度化防止のためのサービス | | | | |
| | | その他専門的知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会 生活上のためのサービス | | | | |
| | | 具体的なサービス行為は、「訪問介護におけるサービス行為ごとの 区分等について」(老計第10号)の範囲内で実施 | | | | |
| | | 1人の利用者に対して訪問介護員等が1対1で行う | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 身体介護中心型(たん 吸引等を行う場合) | 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰 吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養 | <input type="checkbox"/> 該当 | 訪問介護計画 実施記録 | 青P163 緑P309 Q4 緑P310～312 Q6～10 | 同左 |
| | | 身体介護として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | サービス提供票 | | |
| | | 医師の指示 | <input type="checkbox"/> あり | 医師の指示の記録 | | |
| | | 事業所の登録 | <input type="checkbox"/> 該当 | 登録証 | | |
| | | 当該業務に従事する介護職員の資格 ○介護福祉士(平成27年度以降(平成28年1月の国家試験合格者) が対象) ○上記以外の介護職員等であって、認定特定行為業務従事者認定 証の交付を受けた者 ※派遣職員の従事は不可 | <input type="checkbox"/> 該当 | 資格証 認定証 雇用契約書 | | |
| | | たん吸引等計画書を医師又は看護職員と連携し、作成 | <input type="checkbox"/> 実施 | たん吸引等計画書 | | |
| たん吸引等報告書を作成し、医師へ提出 | <input type="checkbox"/> 実施 | たん吸引等報告書 | | | | |
| | 身体介護中心型(通 院・外出介助を行う場 合) | 利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への 乗降、移送中の気分の確認、(場合により)院内の移動等の介助を 一連のサービス行為として実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | 青P127 緑P59 Q16,17 緑P323,324 Q19,20,23 | 同左 |
| | | 身体介護として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 単なる待ち時間(受診中の待ち時間等)は、サービス提供時間に含 めない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内 の移動等の介助のみを実施 ⇒算定不可 | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 20分未満の身体介護 〔身体01〕 | 排泄介助、体位交換、服薬介助、起床介助、就寝介助等、定期的に 必要な短時間の身体介護を実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | 青P161② 緑P54 Q6 | |
| | | 単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身 体介護を実施 ⇒算定不可 | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | |
| | 20分未満の身体介護 (頻回の訪問) 〔身体02〕 | 要介護1、2の利用者であって、認知症(「日常生活自立度」のランク Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はM)のもの | <input type="checkbox"/> いずれか 該当 | 被保険者証 主治医意見書 | 青P160① 161③ 緑P56～58 Q10～14 | |
| | | 要介護3、4、5の利用者であって、「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)判定基準」のランクB以上のもの | | | | |
| | | サービス担当者会議において、1週間のうち5日以上、「頻回の訪 問」を含む20分未満の身体介護の提供が必要と判断されたもの | <input type="checkbox"/> 該当 | 居宅サービス計画 サービス担当者会議録 | | |
| | | 24時間体制で、利用者又はその家族等から電話等による連絡に常 時対応できる体制 | <input type="checkbox"/> 該当 | 運営規定 重要事項説明書 | | |
| | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を一体的に運営 | | | | |
| | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定を併せて受ける 計画を策定 | <input type="checkbox"/> いずれか 該当 | 指定通知書又は計画書 | | |
| ※要介護1、2の利用者に対してサービス提供する場合は不可 | | | | | | |
| 1月当たりの訪問介護費は、利用者の要介護状態区分に応じた定 期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)を限度として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | サービス提供票 | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 生活援助中心型 | 単身世帯 | 同居家族が障害、疾病等の理由により家事を行うことが困難 | <input type="checkbox"/> いずれか 該当 | 居宅サービス計画 アセスメントの記録 サービス担当者会議録 | 青P162 青P191～194 緑P59 Q15 緑P320～322 Q14～17 同左 | |
| | 同居家族がやむを得ない事情により家事を行うことが困難 | | | | | |
| | 居宅サービス計画に生活援助の算定理由を記載 | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | ※「やむを得ない事情」の場合は、サービス担当者会議録等に詳細を記載 | | | | | |
| | 身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助 | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 具体的なサービス行為は、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(老計第10号)の範囲内で実施 | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 商品の販売や農作業等生業の援助的行為 | | <input type="checkbox"/> 非該当 | 訪問介護計画 実施記録 | | |
| | 直接本人の援助に該当しない行為(主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為) | | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | |
| 日常生活の援助に該当しない行為(訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為や、日常的に行われる家事の範囲を超える行為) | | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | |
| 本人不在の居宅を訪問 | | <input type="checkbox"/> 非該当 | | 青P126 | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|--------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 通院等乗降介助 | | 道路運送法に基づく一般乗用旅客自動車運送事業(タクシー事業)の許可 | <input type="checkbox"/> 該当 | 許可証 | 青P163~165 青P195~197 緑P59~62 Q16~25 緑P568問4 | |
| | | 通院等乗降介助の届出 | <input type="checkbox"/> 該当 | 体制届 | | |
| | | 訪問介護員等が、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」に加えて、「乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助」又は「通院先もしくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」を一連のサービス行為として実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 片道につき所定単位数を算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | 居宅サービス計画 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | | |
| | | 身体介護中心型を別に算定することは、不可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 複数の要介護者に通院等乗降介助を行った場合であって、乗降時に1人の利用者に対して1対1で行う場合は、それぞれ算定可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 1人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して通院等乗降介助を行った場合は、1回の通院等乗降介助として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 目的地が複数ある場合は居宅が始点又は終点であること及び同一の訪問介護事業所の通院等乗降介助を利用することを条件に算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 居宅サービス計画に位置付け | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| 通院等乗降介助の前後に連続して相当の所要時間を要する身体介護 | | 道路運送法に基づく一般乗用旅客自動車運送事業(タクシー事業)の許可 | <input type="checkbox"/> 該当 | 許可証 | 青P163~165 青P195~197 緑P59~62 Q16~25 | |
| | | 通院等乗降介助の届出 | <input type="checkbox"/> 該当 | 体制届 | | |
| | | 【要介護1~5の利用者の場合】 通院等乗降介助の前後に連続して、居宅における外出に直接関連しない身体介護(入浴介助、食事介助等)に30分~1時間程度以上を要し、かつ当該身体介護を中心に行う | <input type="checkbox"/> いずれか 該当 | 居宅サービス計画 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | | |
| | | 【要介護4、5の利用者の場合】 通院等乗降介助の前後に連続して、身体介護に相当の所要時間(20~30分程度以上)を要し、かつ手間の掛かる身体介護を行う | | | | |
| | | 所要時間(運転時間を除く。)に応じた身体介護中心型を算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 通院等乗降介助を別に算定することは、不可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 高齢者虐待防止措置 未実施減算 〔所定単位の100分の 1を減算〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催していない ・虐待の防止のための指針を整備していない ・虐待の防止のための定期的な研修を実施していない ・上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置をしていない | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いずれか <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> | 虐待のための対策を検討する委員会議事録 虐待の防止のための指針研修の記録 | | |
| | 業務継続計画未策定 減算 〔所定単位の100分の 1を減算〕 | 以下の基準に適合していない場合 ①業務継続計画を策定すること ②当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること ※令和7年3月31日まで経過措置期間 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 未策定 <input type="checkbox"/> 未実施 | 業務継続計画 対応記録 | | |
| | 2人の訪問介護員等による訪問介護 〔×200%〕 | 利用者又は家族の同意 イ) 利用者の身体的理由により1人での介護が困難 ロ) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等 ハ) その他利用者の状況等からイ又はロに準ずる 同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して訪問介護を行う | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いずれか 該当 <input type="checkbox"/> 該当 | 同意の記録 サービス担当者会議録 実施記録 サービス提供票 | 青P166,167 緑P62,63 Q1,2 | |
| | 夜間早朝加算 〔+25%〕 | 18時～22時、6時～8時(開始時刻が加算対象時間帯にあること。ただし、当該時間帯におけるサービス提供時間が、全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合には、算定不可) | <input type="checkbox"/> 該当 | 実施記録 サービス提供票 | 青P166,167 | |
| | 深夜加算 〔+50%〕 | 22時～6時(開始時刻が加算対象時間帯にあること。ただし、当該時間帯におけるサービス提供時間が、全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合には、算定不可) | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 特定事業所加算(Ⅰ) 〔+20%〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・《体制要件》の(1)～(5)のすべてを満たしている ・《人材要件》の(1)及び(2)を満たしている ・《重度要介護者等対応要件》の(1)を満たしている、又は《体制要件》の(6)を満たした上で《重度要介護者等対応要件》の(2)を満たしている | <input type="checkbox"/> 該当 | 各加算算定要件に合致する書類 | | |
| | 特定事業所加算(Ⅱ) 〔+10%〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・《体制要件》の(1)～(5)のすべてを満たしている ・《人材要件》の(1)又は(2)を満たしている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 特定事業所加算(Ⅲ) 〔+10%〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・《体制要件》の(1)～(5)のすべてを満たしている ・《重度要介護者等対応要件》の(1)を満たしている、又は《体制要件》の(6)を満たした上で《重度要介護者等対応要件》の(2)を満たしている ・《人材要件》の(3)又は(4)を満たしている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 特定事業所加算(Ⅳ) 〔+3%〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・《体制要件》の(1)～(5)のすべてを満たしている ・《人材要件》の(3)又は(4)を満たしている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 特定事業所加算(Ⅴ) 〔+3%〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・《体制要件》の(1)～(5)のすべてを満たしている ・《体制要件》の(7)(8)を満たしている <p>※特別地域訪問サービス加算、中山間地域における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算のいずれかを算定する場合は算定できない。</p> | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 特定事業所加算算定 要件 | | ●《体制要件》 | | | | |
| | | (1) 全ての訪問介護員等ごと及びサービス提供責任者ごとに対し個別具体的な研修計画(個別に目標、内容、期間、実施時期等を定めた計画)を作成し、研修を実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | 個別研修計画(毎年度) 研修実施記録(毎年度) | | |
| | | (2) 利用者に関する情報や留意事項の伝達、又は技術指導を目的としたサービス提供責任者主宰の会議を定期的に(概ね1月に1回以上)開催し、全ての訪問介護員等が参加し、概要を記録 | <input type="checkbox"/> 実施 | 会議録(毎月) | | |
| | | (3) 毎回のサービス提供に当たって、サービス提供責任者が利用者に関する情報や留意事項を文書等の確実な方法により伝達し、訪問介護員等から適宜報告を受け、文書にて記録を保存 | <input type="checkbox"/> 実施 | 指示書、メール等(毎日) 実施記録、メール等(毎日) | | |
| | | (4) 全ての訪問介護員等に対し、事業主の費用負担により、健康診断等を定期的に(少なくとも1年以内ごとに1回)実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | 健康診断実施記録(毎年度) | | |
| | | (5) 緊急時等の対応方法を記載した文書を利用者に交付し、説明 (6) 次の基準のすべてに適合している。 | <input type="checkbox"/> 実施 | 重要事項説明書等 | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、診療所又は指定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、かつ、必要に応じて指定訪問介護を行うことができる体制を整備している。 ・ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ている。 ・ 医師、看護職員(指定訪問介護事業所の職員又は当該指定訪問介護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、診療所又は指定訪問看護ステーションの職員に限る。)、訪問介護員等、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定訪問介護事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する対応方針の見直しを行っている。 ・ 看取りに対する職員研修を行っている。 | <input type="checkbox"/> すべて適合 | 緊急連絡先を案内する書面・ 対応マニュアル等 同意が確認できる書類等 看取りに関する対応方針 研修計画書、研修記録 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 特定事業所加算算定 要件 (前頁の続き) | | (7) 通常の事業の実施地域の範囲内であって、厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域第2号に規定する地域に居住している利用者に対して、継続的に指定訪問介護を提供している(利用者の居宅の所在地と最寄りの指定訪問介護事業所との間の距離が7キロメートルを超える場合に限る。) | <input type="checkbox"/> 適合 | 利用者台帳 | | |
| | | (8) 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、訪問介護員等、サービス提供責任者その他の関係者が共同し、訪問介護計画の見直しを行っている。 | <input type="checkbox"/> 実施 | モニタリング記録 会議記録 訪問介護計画 | | |
| | | ●《人材要件》 | | | | |
| | | (1) 訪問介護員等要件 〔前年度(3月を除く)又は届出日が属する月の前3月〕 イ) 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が30%以上 ロ) 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士、実務者研修終了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者の割合が50%以上 ※常勤換算人数を用いて計算すること ※前3月の実績により届出を行った事業所は、届出を行った月以降も、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持 | <input type="checkbox"/> イ、ロい ずれか該 当 | 職員台帳 勤務体制表(毎月) 資格証 割合についての記録 | 青P168~171 緑P15 Q1~3 緑P63~67 Q3~11 | |
| | | (2) 全てのサービス提供責任者要件 イ) 実務経験3年以上の介護福祉士 ロ) 実務経験5年以上の実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者 ※ただし、人員基準上1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所は、常勤のサービス提供責任者を2人以上配置 | <input type="checkbox"/> イ、ロい ずれか該 当 | 勤務体制表(毎月) 資格証 実務経験証明書 | | |
| | (3) サービス提供責任者要件 人員基準上配置すべき常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であり、配置すべきサービス提供責任者を常勤で配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | 勤務体制表(毎月) | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 特定事業所加算算定 要件 (前頁の続き) | | <p>(4) 勤続年数要件 〔各月の前月末日時点における勤続年数〕</p> <p>訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の割合が30%以上</p> <p>※当該事業所における勤続年数に加え、同一法人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可</p> | <input type="checkbox"/> 該当 | 雇用契約書等 | | |
| | | <p>●《重度要介護者等対応要件》</p> <p>(1) 重度要介護者等対応要件 〔前年度(3月を除く)又は届出日が属する月の前3月〕</p> <p>利用者総数のうち、要介護4、5の利用者、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者、たんの吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養)を必要とする利用者の割合が<u>20%以上</u></p> <p>※利用実人数又は訪問回数を用いて計算すること ※前3月の実績により届出を行った事業所は、届出を行った月以降も、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に維持</p> | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 サービス提供票 実施記録 割合についての記録 | | |
| | | <p>(2) 看取り期の利用者の利用実績 〔前年度(3月を除く)又は届出日が属する月の前3月〕</p> <p>次に掲げる基準に適合する利用者が1人以上。 ア 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込がないと診断した者。 イ 看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、訪問介護員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。)</p> <p>※実績については当該期間にサービス提供を行った利用実人数で計算</p> | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 サービス提供票 実施記録 | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 同一建物減算 〔同一建物減算1:-10%〕 〔同一建物減算2:-15%〕 〔同一建物減算3:-12%〕 | (1)事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内又は同一の建物に居住する利用者〔同一建物減算1:-10%〕 ※(3)に該当する場合を除く | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 サービス提供票 | | 同左 |
| | | (2)上記(1)以外の範囲に所在する建物に居住する利用者が1月当たり20人以上〔同一建物減算1:-10%〕 ※「訪問介護」及び「介護予防訪問サービス」は、各サービスの利用者数を合計して判定 ※「生活支援訪問サービス」は、当該サービスの利用者数のみで判定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (3)上記(1)の建物のうち、当該建物に居住する利用者が1月当たり50人以上〔同一建物減算2:-15%〕 ※「訪問介護」の利用者数のみで判定 ※「介護予防訪問サービス」及び「生活支援訪問サービス」は、当該減算は適用外 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (1)～(3)共通 1月当たりの利用者数は、1月間の利用者数の平均 ※「当該月の1日ごとの当該建物居住利用者の合計」÷「当該月の日数」(小数点以下を切り捨て) | <input type="checkbox"/> 理解している | 利用者台帳 | 青P174,175 緑P45～47 Q1～5 | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|-------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 同一建物減算 (前頁の続き) | | (4) 訪問介護の提供総数のうち、同一敷地内建物等に居住する利用者に提供されたものの占める割合が100分の90以上((3)に該当する場合を除く[同一建物減算1:-10%]) ※判定方法 判定期間にサービス提供した利用者のうち、同一敷地内建物等に居住する利用者(利用実人数)÷判定期間にサービス提供した利用者数(利用実人数) | <input type="checkbox"/> 該当 | | | 同左 |
| | | ・①～④に掲げる事項を記載した書類を作成及び保存 | | | | |
| | | ① 判定期間における指定訪問介護を提供した利用者の総数(利用実人員) | <input type="checkbox"/> 作成及び保存 | | | |
| | | ② 同一敷地内建物等に居住する利用者数(利用実人員) | <input type="checkbox"/> 作成及び保存 | | | |
| | | ③ 上記の算定方法で計算した割合 | <input type="checkbox"/> 作成及び保存 | | | |
| | ④ 上記の算定方法で計算した割合が90%以上である場合であって正当な理由がある場合においては、その正当な理由 | <input type="checkbox"/> 作成及び保存 | | | | |
| | (1)～(4)共通 減算対象は、対象の建物に居住する利用者のみ | <input type="checkbox"/> 理解している | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 特別地域加算 〔+15%〕 | 厚生労働大臣が定める地域に事業所が所在 | <input type="checkbox"/> 該当 | | 青P176,177 緑P50,51 Q7~10 緑P67 Q12 | 同左 |
| | 中山間地域等に居住 する者へのサービス提 供加算 〔+5%〕 | 厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域に利用者が居住 | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者の基本情報 | 青P176,177 緑P50,51 Q7~10 緑P67 Q12 | 同左 |
| 通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供 | | <input type="checkbox"/> 該当 | 運営規程 | | | |
| 交通費の支払いを受けていない | | <input type="checkbox"/> 該当 | 領収証 | | | |
| | 緊急時訪問介護加算 〔1回につき+100単 位〕 | 居宅サービス計画に位置付けられていない訪問介護(身体介護に限る。)を、利用者又はその家族等から要請を受けてから24時間以内に実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 居宅サービス計画 実施記録 サービス提供票 経過記録等 | 青P178,179 緑P67,68 Q13~16 | |
| 1回の要請につき1回を限度として算定 | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| 介護支援専門員が、利用者又はその家族等から要請された日時又は時間帯に身体介護を提供する必要があると判断 | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 初回加算 〔1月につき+200単 位〕 | 新規に訪問介護計画を作成 | <input type="checkbox"/> 実施 | 訪問介護計画 | 青P178,179 緑P68 Q16,17 | 同左 |
| 過去2月間(暦月)において、当該事業所から訪問介護の提供を受けていない | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| 初回もしくは初回の訪問介護を行った日の属する月に、サービス提供責任者が自ら訪問介護 | | <input type="checkbox"/> いずれか 実施 | 実施記録 サービス提供票 | | | |
| 初回もしくは初回の訪問介護を行った日の属する月に、サービス提供責任者が同行訪問 | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 生活機能向上連携加 算(I) 〔1月につき+100単 位〕 | サービス提供責任者が、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(医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が200未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成 | <input type="checkbox"/> 実施 | 医師等の助言の記録 アセスメントの記録 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | 青P180~182 緑P69 Q18,20 | 同左 |
| 当該訪問介護計画に基づく訪問介護を提供 | | <input type="checkbox"/> 実施 | | | | |
| 初回の当該訪問介護が行われた日の属する月に算定 | | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 生活機能向上連携加算(Ⅱ) [1月につき+200単位] | 利用者に対して、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(医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいい、病院にあつては、許可病床数が200未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師等と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成 | <input type="checkbox"/> 実施 | 医師等の訪問記録(サ責同行訪問記録) 医師等との共同評価記録(アセスメントの記録) 訪問介護計画 実施記録 サービス提供票 | 青P180~182 緑P69 Q18~20 | 同左 |
| | | 当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該訪問介護計画に基づく訪問介護を提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | 初回の当該訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | | |
|----------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------|----|--|
| | | | | | 介護 | 事業 | |
| 口腔連携強化加算 〔1月につき1回限り +50単位〕 | | 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に揚げる歯科訪問診療科の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている | <input type="checkbox"/> 該当 | 取り決めが確認できる文書 | | | |
| | | 利用者の口腔状態の評価を実施した場合に、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果の情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 | | | |
| | | 次のいずれにも該当しない ・他の介護サービス事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している | <input type="checkbox"/> 該当しない | | | | |
| | | ・当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定している | <input type="checkbox"/> 該当しない | | | | |
| | | ・当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定している | <input type="checkbox"/> 該当しない | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 認知症専門ケア加算 (I) [1日につき+3単位] | 以下の条件全てに適合している | <input type="checkbox"/> 適合 | | | 青P183 | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者総数の50%以上である | | | | | |
| | ※ 割合は、算定日が属する月の前3月間のうち、いずれかの月の利用実人員数又は、利用延人員数で算定。届出を行った月以降においても、割合を毎月記録し、直近3月間のいずれも所定の割合を下回った場合は直ちに加算の取り下げの届出をすること | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 サービス提供票 実施記録 | | | |
| | 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人未満の場合にあっては1以上、20人以上の場合は1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 勤務体制表(毎月) | | | |
| | ※ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す | | | | | |
| | 従業員に対して、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開催 | <input type="checkbox"/> 実施 | 会議録 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) [1日につき+4単位] | | 以下の条件全てに適合している | <input type="checkbox"/> 適合 | | 青P183 | |
| | | 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人未満の場合にあつては1以上、20人以上の場合は1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 勤務体制表(毎月) | | |
| | | ※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す | | | | |
| | | 従業員に対して、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 | 会議録 | | |
| | | 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者総数の20%以上である | | | | |
| | ※ 割合は、算定日が属する月の前3月間のうち、いずれかの月の利用実人員数又は、利用延人員数で算定。届出を行った月以降においても、割合を毎月記録し、直近3月間のいずれも所定の割合を下回った場合は直ちに加算の取り下げの届出をすること | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者台帳 サービス提供票 実施記録 | | | |
| | (4) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を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 | 勤務体制表(毎月) 資格証 | | | |
| | ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは「認知症介護指導者研修」、認知症看護に係る適切な研修を指す | | | | | |
| | (5) 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施または実施を予定 | <input type="checkbox"/> 実施 | 個別研修計画(毎年度) 研修実施記録(毎年度) | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| サービス種類相互の 算定関係(訪問介護を 行う場合) | 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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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ない | <input type="checkbox"/> 該当 | 居宅サービス計画 サービス提供票 | 青P126～ 127, 178 | | |
| | ※定期巡回・随時対応型訪問介護看護を受けている利用者に対し、通院等乗降介助の提供を行った場合を除く。 | | | | | |
| | 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院の退所(退院)日、又は短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)の訪問介護は、算定可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 介護老人保健施設等の入所(入院)当日において、入所(入院)前の訪問介護は、算定可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 同一時間帯に他の訪問サービスを受けていない | | | | | |
| | ※ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを同一時間帯に利用することについては、サービス担当者会議等において必要があると認められる場合に限り、それぞれのサービスを算定可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| サービス種類相互の 算定関係(第1号訪問 事業を行う場合) | 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けていない | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護予防サービス計画 サービス提供票 | 青P1283, 1284 市要綱 | | |
| | 介護予防短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)の第1号訪問事業は、算定可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 介護予防短期入所療養介護の入所(入院)当日において、入所(入院)前の第1号訪問事業は、算定可 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 同一時間帯に他の訪問サービスを受けていない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------|---------------------------|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 介護予防訪問サービス費(Ⅰ) 〔1月1,176単位〕 | 1週に1回程度の身体介護(及び生活援助)を提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護予防サービス計画 サービス提供票 | | 市要綱 |
| | 介護予防訪問サービス費(Ⅱ) 〔1月2,349単位〕 | 1週に2回程度の身体介護(及び生活援助)を提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 介護予防訪問サービス費(Ⅲ) 〔1月3,727単位〕 | 1週に2回程度を超える身体介護(及び生活援助)を提供 要支援2である者に限る | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 生活支援訪問サービス費(Ⅰ) 〔1月862単位〕 | 1週に1回程度の生活援助を提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護予防サービス計画 サービス提供票 | | 市要綱 |
| | 生活支援訪問サービス費(Ⅱ) 〔1月1,721単位〕 | 1週に2回程度の生活援助を提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 生活支援訪問サービス費(Ⅲ) 〔1月2,722単位〕 | 1週に2回程度を超える生活援助を提供 要支援2である者に限る | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 日割り請求にかかる適用 | 「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」(老健局介護保険計画課・老人保健課 事務連絡)の対象事由に該当する場合、日割りで算定 ※該当しない場合は、月額包括報酬で算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | 月途中の事由 起算日 介護予防サービス計画 サービス提供票 | | 緑P1366～ 1371 集団指導資料 |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------|-----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | 上級資格責任者配置 加算(Ⅰ) 〔1月につき+86単位〕 | 介護予防訪問サービス(旧介護予防訪問介護)事業所のサービス 提供責任者の要件を満たす者を、訪問事業責任者として配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | 資格証 介護予防サービス計画 サービス提供票 | / | 市要綱 |
| | | 1週に1回程度の生活支援訪問サービスを提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 上級資格責任者配置 加算(Ⅱ) 〔1月につき+171単 位〕 | 介護予防訪問サービス(旧介護予防訪問介護)事業所のサービス 提供責任者の要件を満たす者を、訪問事業責任者として配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 1週に2回程度の生活支援訪問サービスを提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 上級資格責任者配置 加算(Ⅲ) 〔1月につき+271単 位〕 | 介護予防訪問サービス(旧介護予防訪問介護)事業所のサービス 提供責任者の要件を満たす者を、訪問事業責任者として配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 1週に2回程度を超える生活支援訪問サービスを提供 要支援2である者に限る | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| サービス提供資格評 価加算 〔1回につき+10単位〕 | 介護予防訪問サービス(旧介護予防訪問介護)事業所の訪問介護 員の要件を満たす生活支援訪問介護員が、生活支援訪問サービス を提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | 資格証 実施記録 サービス提供票 | / | 市要綱 | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 介護報酬の解釈等の頁 | |
|----------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----|
| | | | | | 介護 | 事業 |
| | | 次の(1)～(6)に掲げる基準のいずれにも適合する | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (1) 介護職員その他の職員の賃金(基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。)を含む。)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等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 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | 【令和6年5月まで】 介護職員処遇改善加算 | (2) 当該事業所において、当該加算に係る要件を満たした上で(1)の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介護職員の処遇改善の計画等を記載した「介護職員等処遇改善等処遇改善計画書」を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている | <input type="checkbox"/> 実施 | 介護職員等処遇改善加算等 処遇改善計画書 | | |
| | 介護職員等特定処遇 改善加算 | (3) 介護職員処遇改善加算等、各加算の算定額に相当する賃金改善を実施している | <input type="checkbox"/> 実施 | 介護職員処遇改善加算・介 護職員等特定処遇改善加 算・介護職員等ベースアッ プ等支援加算実績報告書 | 青P184,185 緑P18～34 Q1～67 緑P491～494 市手引き | 同左 |
| | 介護職員等ベースアッ プ等支援加算 | (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市へ報告している | <input type="checkbox"/> 実施 | その他添付書類 | | |
| | 【令和6年6月～】 介護職員等処遇改善 加算 | (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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |