

608 看護小規模多機能型居宅介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
定員超過利用減算	登録者の数が市町村長に提出した運営規程に定められる登録定員を超えた場合	<input type="checkbox"/> 該当	
人員基準欠如減算	従業者が指定地域密着型サービス基準に定める員数をおいていない	<input type="checkbox"/> 該当	
サテライト体制未整備減算	サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所を有し訪問看護体制減算を届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	
特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算	看護小規模多機能型居宅介護従業者が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣が定める地域に所在する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
短期利用居宅介護費	登録者が定員未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者や家族の状況により、ケアマネが必要と認め、登録者へのサービス提供に支障の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	あらかじめ7日以内（やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めている	<input type="checkbox"/> あり	
	従業員数の基準を満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	過小サービスに対する減算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
過少サービスに対する減算	登録者1人あたりの平均提供回数、週4回に満たない場合	<input type="checkbox"/> 該当	
訪問看護体制減算	算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した者の割合	<input type="checkbox"/> 3割未満	
	算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合	<input type="checkbox"/> 3割未満	
	算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合	<input type="checkbox"/> 5%未満	

点検項目	点検事項	点検結果	
医療保険の訪問看護	末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸（けい）髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/> 該当	
	一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書	<input type="checkbox"/> 該当	
初期加算	複合型サービス事業所に登録した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症加算（Ⅰ）	日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症加算（Ⅱ）	要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症のもの（認知症日常生活自立度Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対して行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
栄養アセスメント加算	当該事業所の従業者又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者ごとに管理栄養士等（管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職員）が共同で栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上行い、利用者、家族に結果を説明し、相談等に対応	<input type="checkbox"/> 実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）へ提出し、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	<input type="checkbox"/> 実施	看護小規模多機能型居宅介護計画

点検項目	点検事項	点検結果		
栄養改善加算	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が1名以上	<input type="checkbox"/>	配置	
	管理栄養士、看護・介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同したて利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	栄養計画に従い、管理栄養士等が（必要に応じて居宅を訪問し）に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供	<input type="checkbox"/>	3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/>	2回以下	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）	<input type="checkbox"/>	該当	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
	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及び栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	該当	
	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	<input type="checkbox"/>	非該当	
	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	<input type="checkbox"/>	非該当	
	(1) (2)のいずれかに適合する			
	(1) いずれも適合 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に提供	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
	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	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	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	<input type="checkbox"/>	非該当
	（２）いずれも適合 利用開始時および利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	非該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
口腔機能向上加算（Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置
	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が共同して口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/>	該当
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/>	なし
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	口腔機能改善管理指導計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/>	あり
	利用者毎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、介護支援専門員、主治の医師・歯科医師への情報提供	<input type="checkbox"/>	３月ごとに実施
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
	月の算定回数	<input type="checkbox"/>	２回以下
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を１名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/>	なし
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/>	なし
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	利用者毎の口腔機能改善管理指導計画等の内容等を厚生労働省(LIFE)に提供及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合	<input type="checkbox"/> 実施	褥瘡ケア計画
	要介護度3以上の利用者全員を対象としていること	<input type="checkbox"/> 該当	
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	褥瘡マネジメント加算Ⅰの基準に適合している	<input type="checkbox"/> 適合	褥瘡ケア計画
	入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。	<input type="checkbox"/> 該当	
排せつ支援加算Ⅰ	要介護状態の軽減の見込みについて、利用開始時に評価、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 実施	
	多職種が共同して、支援計画を作成し、継続して実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	支援計画の見直し	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上	支援計画
	要介護度3以上の利用者全員を対象とすること	<input type="checkbox"/> 該当	
排せつ支援加算Ⅱ	排せつ支援加算Ⅰの基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	支援計画
	施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がないこと おむつを使用しなくなった	<input type="checkbox"/> どちらかに該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
排せつ支援加算Ⅲ	排せつ支援加算Ⅰ及びⅡに掲げる基準のいずれにも適合している	<input type="checkbox"/> 該当	支援計画
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのＡＤＬ値（ＡＤＬの評価に基づき測定し値）、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（ＬＩＦＥ）に提出	<input type="checkbox"/> 実施	
	必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定認知症対応型通所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"/> 実施	看護小規模多機能型居宅介護計画
中山間地域等におけるサービス提供	特別地域・中山間地域等におけるサービス提供	<input type="checkbox"/> あり	
退院時共同指導加算	共同指導の内容を文書により提供	<input type="checkbox"/> あり	
	退院又は退所後に看護サービス利用者の居宅を訪問	<input type="checkbox"/> あり	
	特別管理加算の対象者	<input type="checkbox"/> 該当	
緊急時訪問看護加算	看護に関する相談に常時対応し、緊急時の訪問を必要に応じ行うことができる体制	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の同意	<input type="checkbox"/> あり	同意書等（規定はなし）
	他の事業所で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	24時間対応体制加算の算定（医療保険）	<input type="checkbox"/> なし	
特別管理加算（Ⅰ）	在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態	<input type="checkbox"/> 該当	主治医の指示書等
	計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	看護小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護記録書等
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果		
特別管理加算（Ⅱ）	在宅自己腹膜灌（かん）流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼（とう）痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態	<input type="checkbox"/>	該当	主治医の指示書等
	人工肛（こう）門又は人工膀胱（ぼうこう）を設置している状態	<input type="checkbox"/>	該当	主治医の指示書等
	真皮を越える褥瘡（じよくそう）の状態	<input type="checkbox"/>	該当	主治医の指示書等
	点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態	<input type="checkbox"/>	該当	主治医の指示書等
	計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/>	あり	看護小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護記録書等
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/>	なし	
	症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
ターミナルケア加算	多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸（けい）髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれる。	<input type="checkbox"/>	該当	
	急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれる。	<input type="checkbox"/>	該当	
	24時間連絡及び訪問の体制	<input type="checkbox"/>	あり	
	主治医と連携のもとターミナルケア計画及び支援体制を利用者、家族に説明と同意	<input type="checkbox"/>	あり	訪問看護サービス記録書
	ターミナルケア提供についての身体状況の変化等必要な記録	<input type="checkbox"/>	あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
	死亡日及び死亡前14日以内に2日以上のターミナルケアの実施（ターミナルケア後24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）	<input type="checkbox"/> あり	サービス提供票
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）及び在宅ターミナルケア加算（訪問看護・指導料）の有無	<input type="checkbox"/> なし	
看護体制強化加算	1 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した者の割合	<input type="checkbox"/> 8割以上	
	2 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合	<input type="checkbox"/> 5割以上	
	3 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合	<input type="checkbox"/> 2割以上	
	4 算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者の数	<input type="checkbox"/> 1名以上	
	5 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の同意	<input type="checkbox"/> あり	同意書等（規定はなし）
	1、2、3及び4の割合及び人数の記録（毎月）	<input type="checkbox"/> あり	台帳等（規定はなし）
訪問体制強化加算	1 訪問サービスも行っている常勤者	<input type="checkbox"/> 2名以上	
	2 1月当たりの延べ訪問回数200回以上	<input type="checkbox"/> あり	
	⇒同一建物に集合住宅が併設	<input type="checkbox"/> 該当	
	⇒同一建物以外に居住する利用登録者が50%以上	<input type="checkbox"/> あり	
総合マネジメント体制強化加算	看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> あり	
	地域の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の具体的な内容に関する情報提供を行っている	<input type="checkbox"/> あり	
	日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
	従業者（看護師又は、准看護師であるものを除く）総数のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上である	<input type="checkbox"/> いずれか該当	
	従業者（看護師又は、准看護師であるものを除く）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		
	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（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
	従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上である	<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（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護福祉士の占める割合が4割以上	<input type="checkbox"/> いずれか該当	
	従業者総数のうち、常勤職員の占める割合が6割以上		
	従業者総数のうち、勤続年数7年以上の職員の占める割合が3割以上である		
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員処遇改善計画書
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員処遇改善計画書

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	<input type="checkbox"/>	
	(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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)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的に昇給を判定する仕組みを設け、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	あり あり あり 研修計画書
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	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
	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	<input type="checkbox"/>	
	(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	あり 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

点検項目	点検事項	点検結果		
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	
	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)のいずれかに適合 (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、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"/>	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	

点検項目	点検事項	点検結果		
	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	
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	