

令和5年度 自己点検シート

(介護報酬編)

((介護予防)小規模多機能型居宅介護)

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：

※「届出状況」の欄には、当該加算における市への体制届の提出の有無について記入してください。

※「算定状況」の欄には、前年度の4月1日以降における当該加算の算定の有無について記入してください。

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|--------------------------------|--|---|-------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 同一建物に居住する利用者 | 当該事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。)からの利用者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 月途中から小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に転居した場合又は月途中から小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物から同一建物でない建物に転居した場合、居住していた期間に応じた単位数を算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 短期利用型居宅介護費 | 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することを認めた場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | あらかじめ7日以内(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内)の利用期間 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | サービス提供が過少である場合の減算を受けていない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | サービス提供が過小である場合の減算 | 登録者(短期利用居宅介護費を算定している者を除く)一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 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 特別地域小規模多機能型居宅介護加算 | 厚生労働大臣が定める地域に事業所が所在 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 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事業所が所在 利用者又は家族の同意 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> あり | ※令和5年4月1日時点で倉敷市内に対象地域なし |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供を実施した場合の加算 | 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 通常の事業実施地域を越えてサービスを提供 交通費の支払いを受けていない | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> なし | ※令和5年4月1日時点で倉敷市内に対象地域なし |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|---|--|------------------|---|-----------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 初期加算 | 小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※加算算定における登録日とは、利用契約を結んだ日ではなく、通い等のいずれかのサービスを実際に利用開始した日とする。 |
| | | | 30日を超える病院又は診療所への入院後に小規模多機能型居宅介護事業所の利用を再開した場合、再開日から起算して30日以内 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 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 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 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者(認知症日常生活自立度Ⅱ) | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 短期利用型居宅介護費を算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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、緊急に小規模多機能型居宅介護の利用が適当であると判断した者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 医師が、緊急に小規模多機能型居宅介護の利用が適当であると判断した当該日又はその次の日から利用を開始している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 利用者への説明、同意 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | | 次に掲げる者が、直接、短期利用を開始した場合は算定できない ア 病院又は診療所に入院中の者 イ 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または入所中の者 ウ グループホーム(短期利用を含む)、(地域密着型)特定施設入居者生活介護(短期利用を含む)、短期入所生活介護、短期入所療養介護を利用中の者 | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護サービス計画書に次に掲げる情報を記録している ア 判断を行った医師の氏名 イ 医師が判断を行った日付 ウ 利用開始に当たっての留意事項等 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|---------------|---|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 | |
| | | | 利用者に応じた適切なサービス提供している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 認知症加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 看護職員配置加算(Ⅰ) | 専従の常勤看護師を1名以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 看護職員配置加算(Ⅱ) | 専従の常勤准看護師を1名以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 看護職員配置加算(Ⅲ) | 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 | |
| | | | 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 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 看取り連携体制加算 | 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 | |
| | | | 看護職員配置加算(Ⅰ)を算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 看護師との24時間連絡体制が確保されている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、説明し同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 「看取り期における対応方針」において次の事項を含んでいるか。 ア 看取り期における対応方針に関する考え方 イ 医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む。) ウ 登録者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法 エ 登録者等への情報提供に供する資料及び同意書等の様式 オ その他職員の具体的対応等 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 死亡日を含めて30日を上限として、1日につき64単位を死亡月に加算 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|----------------|---|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 訪問体制強化加算 | 訪問サービスを行っている常勤の従業者を2名以上配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 同一建物居住者以外の登録者に対して行う訪問サービスが、1月当たり延べ200回以上である | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 前月末日時点での登録者の総数のうち同一建物居住者以外の占める割合が100分の50以上である | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 総合マネジメント体制強化加算 | 利用者の心身の状況・その家族を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、准看護師、看護師、介護職員その他の関係者が共同し、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"/> 該当 | |
| | | | 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民と交流を図り、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"/> 該当 | |
| / | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 介護支援専門員が、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師、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小規模多機能型居宅介護計画を作成している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったとき、初回の当該指定小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月に加算している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| / | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師、理学療法士等が、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している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 利用者の居宅訪問に介護支援専門員が同行している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 介護支援専門員が、当該医師、理学療法士等と利用者の身体の状況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小規模多機能型居宅介護計画を作成している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 当該医師、理学療法士等と連携し、当該計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護が行われた月の属する月以降3月の間、1月につき加算している | <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 | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|---------------------|---|-----------------------------|----|
| / | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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について確認を行い、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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 | |
| | | | 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 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、LIFEを用いて厚生労働省に提出している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、前記に規定する情報その他小規模多機能型居宅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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 従事者に対し、従事者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従事者の技術指導を目的とした会議を定期的開催している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 次のいずれかに適合すること ア 介護従事者(看護師又は准看護師であるものを除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上である イ 介護従事者(看護師又は准看護師であるものを除く)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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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 | |
| | | | 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 | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|-----------------|--|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 従事者に対し、従事者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従事者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 介護従事者(看護師又は准看護師であるものを除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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 | |
| | | | 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 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 従事者に対し、従事者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従事者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 次のいずれかに適合すること ア 介護従事者(看護師又は准看護師であるものを除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上である イ 介護従事者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上である ウ 介護従事者の総数のうち、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | 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 | |
| | | | 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 | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|-------------------|--|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算 (I) | 次に掲げる(1)～(6)の <u>いずれにも</u> 適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (1) 介護職員処遇改善加算の算定額を上回る介護職員の賃金改善を実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (2) (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を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (3) 次に掲げる基準の <u>いずれにも</u> 適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (一) 次に掲げる要件の全てに適合【キャリアパス要件Ⅰ】 a 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等の要件を定めている b aに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている c a及びbの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (二) 次に掲げる要件の全てに適合【キャリアパス要件Ⅱ】 a 介護職員の資質向上又は資格取得のため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 b aについて、全ての介護職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (三) 次に掲げる要件の全てに適合する【キャリアパス要件Ⅲ】 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的に昇給を判定する仕組みを設けている b aの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (四) 届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善(賃金改善を除く)の内容を全ての介護職員に周知している【職場環境等要件】 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|---------------------------|--|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)【前ページ続き】 | (4) 事業年度ごとに介護職員処遇改善実績報告書を作成し、市に提出している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (5) 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (6) 労働基準法等を遵守している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) | 加算(Ⅰ)の(1)から(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準に適合し、かつ、(3)の(一)、(二)及び(四)に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) | 加算(Ⅰ)の(1)から(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準に適合し、かつ、(3)の(一)又は(二)のいずれか及び(四)に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等特定処遇改善 加算(Ⅰ) | 次に掲げる基準の <u>いずれにも適合</u> | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (1) 処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を届け出ていること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (3) 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、介護職員等特定処遇改善加算の算定額を上回る賃金改善を実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (一)事業所に従事する全ての職員を以下のグループに割り振る a 経験・技能のある介護職員 b 他の介護職員(aを除く介護職員) c その他の職種(介護職員以外の職員) | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (二)経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、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440万以上である(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を除く) | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (三)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、他の介護職員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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

各種加算等自己点検シート

| 届出状況 | 算定状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|--|--|------------------------------|---|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 【前ページ続き】 | (四)他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種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(その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額をのを見込額を上回らない場合を除く) | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (五)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440万円を上回っていない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (4)(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を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (5)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に報告している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (6)賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (7)労働基準法等を遵守している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (8)介護職員等特定処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 加算(Ⅰ)の(1)及び(3)から(8)までに掲げる基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 次に掲げる基準のいずれにも適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (2)介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回る介護職員等の賃金改善を実施し、かつ、介護職員その他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の2/3以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (3)(2)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を記載した介護職員等ベースアップ等処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (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に報告している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (5)賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | | (6)労働基準法等を遵守している | <input type="checkbox"/> 該当 | |