

# 令和5年度 自己点検シート

(介護報酬編)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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。

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	准看護師が訪問した場合における減算 ※一体型事業所のみ	准看護師が訪問看護サービスを行っている。	<input type="checkbox"/>	該当	訪問看護サービス記録書 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所介護等の利用者における減算	利用者が通所系サービス(通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護又は認知症対応型通所介護)を利用している。	<input type="checkbox"/>	該当	居宅サービス計画書
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		利用者が短期入所系サービス(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、小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定している場合に限る)、短期利用特定施設入居者生活介護、地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護又は看護小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定する場合に限る)を利用している。	<input type="checkbox"/>	該当	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同一又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対するサービスを行う場合の減算	事業所と同一又は隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する者(事業所における1月当たりの利用者が当該建物に50人以上居住する場合を除く。)に対してサービスを行っている。	<input type="checkbox"/>	該当	居宅サービス計画書 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対してサービスを行っている。	<input type="checkbox"/>	該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算	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	<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	<input type="checkbox"/>	該当	同意書等 実利用者数の算定記録
			利用者への説明、同意	<input type="checkbox"/>	あり	
			1月当たりの実利用者数が5人以下	<input type="checkbox"/>	該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<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	<input type="checkbox"/>	該当	利用者の基本情報 運営規程
			通常の事業実施地域を越えてサービスを提供	<input type="checkbox"/>	該当	
			交通費の支払いを受けていない	<input type="checkbox"/>	なし	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	緊急時訪問看護加算 ※一体型事業所のみ	看護に関する相談に常時対応できる体制	<input type="checkbox"/>	あり	対応マニュアル等 同意書等 居宅サービス計画書
			利用者への説明及び同意	<input type="checkbox"/>	あり	
			他の事業所における当該加算の算定	<input type="checkbox"/>	なし	
			医療保険における24時間対応体制加算の算定	<input type="checkbox"/>	なし	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>特別管理加算(Ⅰ)</b> <b>※一体型事業所のみ</b>	利用者が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(「厚生労働大臣が定める状態」のイに該当する状態) 訪問看護サービス記録書 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書 居宅サービス計画書 サービス担当者会議等の記録
			計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
			他の事業所及び医療保険における当該加算の算定	<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	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>特別管理加算(Ⅱ)</b> <b>※一体型事業所のみ</b>	利用者が次の1～4のいずれかに該当		主治医の指示書等(「厚生労働大臣が定める状態」のロからホのいずれかに該当する状態)  訪問看護サービス記録書 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書 居宅サービス計画書 サービス担当者会議等の記録
			1 在宅自己腹膜灌流指導管理、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	
			2 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	<input type="checkbox"/> 該当	
			3 真皮を越える褥瘡(じよくそう)の状態	<input type="checkbox"/> 該当	
			4 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	
			計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
			他の事業所及び医療保険における当該加算の算定	<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				
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>ターミナルケア加算</b> <b>※一体型事業所のみ</b>	在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡前14日以内に2日(次の1、2いずれかに該当する利用者にあつては1日)以上ターミナルケアを実施(ターミナルケアを行った後、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	訪問看護サービス記録書
			1 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以上であつ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、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/> 該当	主治医の指示書等
			2 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	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>ターミナルケア加算【続き】</b> <b>※一体型事業所のみ</b>	24時間連絡及び訪問の体制	<input type="checkbox"/> あり	対応マニュアル等 同意書等 訪問看護サービス記録書 居宅サービス計画書
			主治医と連携し、ターミナルケアに係る計画及び支援体制について、利用者とその家族に説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/> あり	
			ターミナルケア提供についての記録		
			ア 終末期の身体症状の変化、看護の記録	<input type="checkbox"/> あり	
			イ 利用者、家族の精神的な状態の変化、ケアの経過の記録	<input type="checkbox"/> あり	
			ウ 利用者、家族の意向とそれに基づくアセスメント及び対応の経過の記録	<input type="checkbox"/> あり	
			ウについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応	<input type="checkbox"/> 満たす	
			ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努める。	<input type="checkbox"/> あり	
		他の事業所における当該加算の算定	<input type="checkbox"/> なし		
		医療保険における訪問看護ターミナルケア療養費及び在宅ターミナルケア加算の算定	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初期加算	利用を開始した日(30日を超える病院又は診療所への入院の後に利用を再び開始した場合を含む。)から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>退院時共同指導加算</b> <b>※一体型事業所のみ</b>	共同指導の内容を文書により提供	<input type="checkbox"/> あり	指導文書 訪問看護サービス記録書
			退院又は退所後の初回の訪問看護を実施した場合に1回(特別な管理を必要とする利用者は2回)に限り算定	<input type="checkbox"/> 該当	
			他の事業所の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
			訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護の退院時共同指導加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
			医療保険における訪問看護の有無	<input type="checkbox"/> なし	
			指導の内容を訪問看護サービス記録書に記録	<input type="checkbox"/> あり	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<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や環境の変化に応じ、関係者が共同し、随時計画の見直しを行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書 情報提供の記録
			地域の病院その他関係施設に対し、事業所において提供できる具体的なサービス内容等について、日常的に情報提供を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	計画作成責任者が、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携施設の医師、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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録(アセスメント等)、助言の内容の記録、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書、実施記録
			24時間連絡及び訪問の体制	<input type="checkbox"/> 該当	
			初回の定期巡回・随時対応型訪問介護看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"/> 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、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、作業療法士又は言語聴覚士が、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当該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共同してカンファレンスを行い、当該理学療法士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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成している。  ※カンファレンスは、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。	<input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録(アセスメント等)、同行訪問した旨の記録、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書、実施記録
			当該理学療法士等と連携し、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づく指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
			初回の当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護が行われた日の属する月以降3月の間に算定している。	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認知症専門ケア加算(Ⅰ)・(Ⅱ) 【共通】	利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の占める割合が2分の1以上	<input type="checkbox"/> 該当	割合についての記録
			※算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用者延人員数の平均で算定し、その割合については毎月記録すること		
			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人未満である場合には1以上、20人以上である場合には2以上、以降10人増すごとに1を加えた数以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	研修の修了証、出勤簿、勤務表

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認知症専門ケア加算(Ⅰ)・(Ⅱ)【共通】【続き】	※「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	<input type="checkbox"/> 該当	会議記録
			事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術指導に係る会議を定期的に行う		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	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	研修の修了証
			※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す		
			事業所の介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従って研修を実施(又は実施予定)		<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)～(Ⅲ)【共通】	従業者ごとに研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定している。	<input type="checkbox"/> 該当	個別研修計画
			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行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	会議録
			定期的な健康診断を実施している。	<input type="checkbox"/> 該当	健康診断書等
<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)	訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が60/100以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25/100以上	<input type="checkbox"/> 該当	介護福祉士等の割合の算出表
			その他のサービス提供体制強化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	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が40/100以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の割合が60/100以上	<input type="checkbox"/> 該当	介護福祉士等の割合の算出表
			その他のサービス提供体制強化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	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が30/100以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の割合が50/100以上	<input type="checkbox"/> いずれかに該当	介護福祉士等の割合の算出表
			従業者の総数のうち、常勤職員の割合が60/100以上		常勤職員の割合の算出表
			従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の割合が30/100以上		勤続年数7年以上の者の割合の算出表
			その他のサービス提供体制強化加算を算定していない。		

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<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)のいずれにも適合	<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) 次に掲げる基準のいずれにも適合	<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	
			(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	

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<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)	次に掲げる基準のいずれにも適合	<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	
			(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				



届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
<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)【続き】	(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 <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(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	