

【介護報酬編】 介護サービス事業者自己点検表（兼事前提出資料）
看護小規模多機能型居宅介護費（R6.4月改定版）

事業所名:

※過去1年程度(改正があった場合は、その施行日又は適用日まで)を振り返って、算定した加算・減算の要件を満たしているか点検してください。

※点検結果の□にチェックを記入するか、又は塗りつぶして(■)ください。

※実地指導の事前書類として提出する場合、算定していない加算については削除していただいてもかまいません。

点検項目	点検事項	点検結果	
登録定員超過利用減算	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	
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	

点検項目	点検事項	点検結果	
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合	<input type="checkbox"/> 記録している・実施者がいない →減算なし	
	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月ごとに開催していない場合	<input type="checkbox"/> 開催している →減算なし	
	身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない場合	<input type="checkbox"/> 整備している →減算なし	
	介護職員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（年2回以上）に実施していない場合	<input type="checkbox"/> 実施している →減算なし	
高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止のための委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施又は担当者の配置のいずれかの措置を講じていない場合	<input type="checkbox"/> 講じている →減算なし	
		<input type="checkbox"/> 講じていない →減算対象	
業務継続計画未策定減算	自然災害に関する業務継続計画又は感染症に関する業務継続計画のいずれか又は両方策定していない場合	<input type="checkbox"/> 策定している →減算なし	
		<input type="checkbox"/> 策定していない →減算対象	
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	
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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	
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	
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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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）	認知症介護に係る専門的な研修の修了者を以下のとおり配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 ア 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合1以上 イ 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名以上の場合1に対象者の数が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	<input type="checkbox"/> 該当	※専門的な研修とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「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ものとする
	当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意実行の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症介護の指導に係る専門的な研修の修了者を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している	<input type="checkbox"/> 該当	※指導に係る専門的な研修とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「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ものとする
	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、計画に従い、研修（外部研修を含む。）を実施又は実施を予定している。	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症加算（Ⅱ）	認知症介護に係る専門的な研修の修了者を以下のとおり配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 ア 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合1以上 イ 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名以上の場合1に対象者の数が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	<input type="checkbox"/> 該当	※専門的な研修とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「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ものとする
	当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意実行の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症加算（Ⅲ）	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症加算（Ⅳ）	要介護状態区分が要介護2以上である者であって、認知症日常生活自立度Ⅱの者	<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	
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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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
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）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	

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Ⅰ	(1) 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、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を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	
	(2) 利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養情報について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を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	
	(3) 算定月は次に掲げる基準のいずれにも該当しない (一) 栄養アセスメント加算を算定している間であ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、若しくは当該栄養改善サービスが終了した日が属する月(栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く) (二) 当該利用者が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又は当該口腔機能向上サービスが終了した月(栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く)	<input type="checkbox"/> 非該当	
	(4) 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 非該当	

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）	次に掲げる(1)、(2)の基準のいずれかに適合		
	(1) 次の基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	適合
	(一) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の(1)に適合 (二) 算定月が、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月である（ 栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く ） (三) 算定月が、当該利用者が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及び当該口腔機能向上サービスが終了した月でない（ 栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く ）		
	(2) 次の基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	適合
	(一) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の(2)に適合 (二) 算定月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ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又は当該栄養改善サービスが終了した月でない（ 栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く ） (三) 算定月が、当該利用者が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及び当該口腔機能向上サービスが終了した月である（ 栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く ）		
(4) 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	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	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	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"/> 該当	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	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	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	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	
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	
緊急時対応加算	看護に関する相談に常時対応し、緊急時の訪問看護サービスを必要に応じ行うことができる体制である	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	他の事業所で当該加算が算定されていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	医療保険の24時間対応体制加算が算定されていない	<input type="checkbox"/> 該当	
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	

点検項目	点検事項	点検結果		
専門管理加算	下記(1)か(2)のいずれかに該当する看護師が計画的な管理を行っている			
	(1) 緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師	<input type="checkbox"/>	該当	
	(2) 特定行為研修を修了した看護師	<input type="checkbox"/>	該当	
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	
	死亡日及び死亡前14日以内に2日以上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	

点検項目	点検事項	点検結果	
遠隔死亡診断補助加算	情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。	<input type="checkbox"/> 該当	
	厚生労働大臣が定める地域であること	<input type="checkbox"/> 該当	
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、緊急時対応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	

点検項目	点検事項	点検結果	
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	(1)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、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"/> 該当	
	(2)地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護支援事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること	<input type="checkbox"/> 該当	
	(3)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	
	(4)日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	(5)必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような計画作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
	(6)次の基準の(一)から(四)のいずれかに適合		
	(一)地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	(二)障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっている	<input type="checkbox"/> 該当	
(三)地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が該当事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施している	<input type="checkbox"/> 該当		
(四)市町村が実施する事業等に参加している	<input type="checkbox"/> 該当		
総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）の(1)から(3)に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	(1)施設入所時、及び少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて評価をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	(2)評価結果を厚生労働省へ報告をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	(3)評価の結果、褥瘡が認められ、又はリスクありと判定された入所者ごとに医師等他職種共同で褥瘡ケア計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
	(4)入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	(5)(1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること	<input type="checkbox"/> 該当	
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	(1)褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
	(2)次の基準の（一）から（二）のいずれかに適合		
	（一）褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の(1)の結果、褥瘡が認められた利用者の褥瘡が治癒した	<input type="checkbox"/> 該当	
	（二）褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の(1)の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生がない	<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	

点検項目	点検事項	点検結果	
排せつ支援加算Ⅱ	(1) 排せつ支援加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
	(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合		
	（一）排せつ支援加算（Ⅰ）の(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、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するとともにいずれにも悪化がないこと	<input type="checkbox"/> 該当	
	（二）排せつ支援加算（Ⅰ）の(1)の評価の結果、利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと	<input type="checkbox"/> 該当	
	（三）排せつ支援加算（Ⅰ）の評価の結果、利用開始時尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと	<input type="checkbox"/> 該当	
排せつ支援加算Ⅲ	(1) 排せつ支援加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
	(2) 排せつ支援加算（Ⅱ）の(2)の（一）及び（二）の基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	
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

点検項目	点検事項	点検結果	
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行うとともに、当該事項の実施状況について定期的に確認を行っている	<input type="checkbox"/> 実施	
	業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保をしている	<input type="checkbox"/> 実施	
	職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮をしている	<input type="checkbox"/> 実施	
	介護機器の定期的な点検をしている	<input type="checkbox"/> 実施	
	業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修をしている	<input type="checkbox"/> 実施	
	(2) 委員会の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績がある	<input type="checkbox"/> 該当	
	(3) 介護機器を複数種類活用している	<input type="checkbox"/> 実施	
	(4) 委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえた取組を実施し、当該取組の実施を定期的に確認している	<input type="checkbox"/> 実施	
(5) 事業年度ごとに(1)(3)(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している	<input type="checkbox"/> 実施		
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の算定要件(1)に適合している	<input type="checkbox"/> 適合	
	(2) 介護機器を活用している	<input type="checkbox"/> 実施	
	(3) 事業年度ごとに(1)(2)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している	<input type="checkbox"/> 実施	

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	
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ①～⑭の全てにチェックが付いている。 (Ⅱ) ①～⑬にチェックが付いている。 (Ⅲ) ①、②と④～⑫にチェックが付いている。 (Ⅳ) ①、②と④～⑩、⑫にチェックが付いている。	① 介護職員その他の職員の賃金改善に要する費用の見込額が、介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる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 仮に介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1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 介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込み額が年額440万円以上となっている。 ※介護職員等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はない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	④ 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
	⑤ 賃金改善の実施 ※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は除く）を見直すことはやむを得ないが、その内容を松本市長（高齢福祉課）に届け出ること。	<input type="checkbox"/> あり	
	⑥ 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	⑦ 前12月間に労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	⑧ 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	⑨ 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	⑩ 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を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	⑪ 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する仕組みを設け、全ての介護職員に書面をもって周知	<input type="checkbox"/> あり	
	⑫ 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	
	⑬ ⑫の内容をインターネットその他の適切な方法で公表	<input type="checkbox"/> あり	
	⑭ 特定事業所加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ている。	<input type="checkbox"/> あり	