

# 令和5年度 自己点検シート

(介護報酬編)

(看護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	
			月途中から看護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看護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	
			看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する看護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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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又は当該サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護が、訪問看護体制減算を届出している	<input type="checkbox"/> 該当	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別地域看護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又はサテライト事業所が所在	<input type="checkbox"/> 該当	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	中山間地域等における看護小規模事業所加算	厚生労働大臣が定める地域に事業所又はサテライト事業所が所在	<input type="checkbox"/> 該当	※令和5年4月1日時点で倉敷市内に対象地域なし
			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	

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	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	<input type="checkbox"/> 該当	※令和5年4月1日時点で倉敷市内に対象地域なし
			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	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、利用者総数のうち、主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合が100分の30未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算算定者の割合が100分の30未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、特別管理加算算定者の割合が100分の5未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険の訪問看護実施時の減算	主治医から末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により医療保険の訪問看護を行う必要について指示がある【厚生労働大臣が定める疾病等】 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	
			主治医から急性憎悪等により一時的に頻回の医療保険の訪問看護を行う必要について特別な指示がある	<input type="checkbox"/> 該当	
			医療保険給付対象となる期間に応じて減算しているか（特別な指示の場合、指示書の交付日から14日間を限度として医療保険の給付対象となる）	<input type="checkbox"/> 該当	
			一時的に頻回の訪問看護を行う場合、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等について診療録に記載しているか	<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	初期加算	看護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看護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、緊急に看護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、緊急に看護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(短期利用含む)、(地域密着型)特定施設入居者生活介護(短期利用含む)、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	栄養アセスメント加算	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を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			3月に1回以上、以下の手順により、栄養アセスメントを実施すること イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること(利用者の体重については、1月毎に測定すること) ロ 管理栄養士、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、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題を把握すること ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食時相談、情報提供等を行うこと ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			原則として、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及び当該栄養サービスが終了した日の属する月は算定しない。	<input type="checkbox"/> 該当	
			利用者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合	<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	栄養改善加算	事業所の従業者として又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかに該当する者で、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
			イ BMIが18.5未満である者	<input type="checkbox"/> 該当	
			ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo11の項目が「1」に該当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
			ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者	<input type="checkbox"/> 該当	
			ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者	<input type="checkbox"/> 該当	
			ホ その他低栄養状態にある又はおそれがあると認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
			以下の手順により、管理栄養士等が栄養改善サービスを提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
			イ 利用者ごとの低栄養所帯のリスクを、利用開始時に把握すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心になって、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題を把握すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ハ 管理栄養士、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、栄養食事相談に関する事項、解決すべき栄養管理上の課題等に対して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ニ 作成した栄養ケア計画について、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ホ 居宅における食事の課題がある場合は、利用者又はその家族の同意を得て、利用者宅を訪問し、具体的な課題の把握や主として食事の準備をする者に対して栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること	<input type="checkbox"/> 該当	
ヘ 定期的(おおよそ3月)に栄養状態の評価を行い、その結果を介護支援専門員及び主事の医師に情報提供すること	<input type="checkbox"/> 該当				
ト 栄養ケア計画に基づく栄養改善サービスを行い、利用者の栄養状態を定期的に記録すること	<input type="checkbox"/> 該当				
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当				
3月以内の期間に限り、1月に2回まで算定可能	<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(Ⅰ)	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の確認を行い、その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	
			利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態の確認を行い、その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	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないこと	<input type="checkbox"/> 該当	
			①栄養アセスメント加算を算定している又は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が属する月である。 ②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日の属する月である。	<input type="checkbox"/> 非該当	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	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又は栄養状態のいずれかの確認を行い、その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	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
			次のイ、ロのいずれかに該当すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			イ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当すること ①栄養アセスメント加算を算定している又は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が属する月である ②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日の属する月ではない	<input type="checkbox"/> 該当	
			ロ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当すること ①栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、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又は当該栄養改善サービスが終了した日が属する月でない ②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日の属する月ではない	<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	口腔機能向上加算(Ⅰ) (Ⅱ)共通	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	
			当該加算を算定できる利用者は, 次のいずれかに該当する者で, 口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
			イ 認定調査票における嚥下, 食事摂取, 口腔清潔の3項目のいずれかで「1」以外に該当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
			ニ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち, 2項目以上が「1」に該当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
			ホ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれがある者	<input type="checkbox"/> 該当	
			歯科受診をしている場合, 医療保険の「摂食機能療法」を算定していない, 又は介護保険の「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			必要に応じ, 介護支援専門員を通じての主治の歯科医師等への情報提供, 受診勧奨などの措置	<input type="checkbox"/> あり	
			以下の手順により, 言語聴覚士, 歯科衛生士, 看護職員が口腔機能向上サービスを提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
			イ 利用者ごとの口腔機能を, 利用開始時に把握すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ロ 利用開始時に, 言語聴覚士, 歯科衛生士, 看護職員が中心になって, 口腔衛生, 摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ハ 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, 取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ニ 作成した口腔機能改善管理指導計画について, 利用者又はその家族に説明し, 同意を得ること	<input type="checkbox"/> 該当	
			ホ 定期的(おおよそ3月)に口腔機能の状態の評価を行い, その結果を介護支援専門員及び主治の歯科医師等に情報提供すること	<input type="checkbox"/> 該当	
ヘ 口腔機能改善管理指導計画に基づく口腔機能向上サービスを行い, 利用者の口腔機能を定期的に記録すること	<input type="checkbox"/> 該当				
定員, 人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当				
3月以内の期間に限り, 1月に2回まで算定可能	<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	口腔機能向上加算(Ⅱ)	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/> 該当	
/	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退院時共同指導加算	当該事業所の保健師、看護師(准看護師を除く)、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による共同指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			退院又は退所後に看護サービスを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			他の事業所で当該加算を算定していないこと及び医療保険における当該加算を算定していないことを確認	<input type="checkbox"/> 該当	
			共同指導を行った場合、その内容を記録	<input type="checkbox"/> 該当	
<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	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"/> 該当	
			利用者の同意	<input type="checkbox"/> 該当	
			他の事業所で当該加算を算定していないこと確認	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			24時間連絡体制加算(医療保険)及び24時間対応体制加算(医療保険)の算定をしていない	<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	特別管理加算(Ⅰ)	在宅悪性腫瘍患者指導管理・在宅気管切開患者指導管理を受けている, 又は気管カニューレ・留置カテーテルを使用している	<input type="checkbox"/> 該当	
			看護職員による計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			他の事業所で当該加算を算定していないこと及び医療保険における当該加算を算定していないことを確認	<input type="checkbox"/> 該当	
			重篤の場合医師の診療を受診できる支援をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別管理加算(Ⅱ)	1 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	
			2 人工肛(こう)門, 人工膀胱(ぼうこう)の設置	<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	
			看護職員による計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			他の事業所で当該加算を算定していないこと及び医療保険における当該加算を算定していないことを確認	<input type="checkbox"/> 該当	
			重篤の場合医師の診療を受診できる支援をしている	<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	ターミナルケア加算	<p>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（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある場合は1日。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。）</p> <p>【厚生労働大臣が定める状態】</p> <p>イ 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三以上で生活機能障害度がⅡ・Ⅲ度のもの）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、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</p> <p>ロ 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</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			24時間連絡及び訪問できる体制を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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を残しているか（終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録、療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録、看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、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"/> 該当	
			他の事業所で当該加算を算定していないこと確認	<input type="checkbox"/> 該当	
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）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	看護体制強化加算(Ⅰ)	算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、主治医の指示に基づく看護サービス提供者の割合が100分の80以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算算定者の割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、特別管理加算算定者の割合が100分の20以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前12月間において、当該事業所にてターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上いる	<input type="checkbox"/> 該当	
			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。	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	看護体制強化加算(Ⅱ)	算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、主治医の指示に基づく看護サービス提供者の割合が100分の80以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算算定者の割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定日が属する月の前3月間において、利用者総数のうち、特別管理加算算定者の割合が100分の20以上	<input type="checkbox"/> 該当	
<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	

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	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、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	
			病院(診療所)、介護老人保健施設等に対する、サービスの具体的な内容に関する情報提供	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通	利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価は少なくとも3月に1回行い、褥瘡ケア計画を見直している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や利用者の状態について定期的に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価結果等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施の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	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	利用開始時の評価において、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。また、利用開始時に褥瘡があった利用者について、褥瘡の治癒後に再発がない。	<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	排せつ支援加算（Ⅰ） （Ⅱ）（Ⅲ）共通	利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価の結果、排せつに介護を要する利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる利用者を対象としている	<input type="checkbox"/> 該当	
			主治の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して当該利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該支援計画に基づく支援を継続して実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとの支援計画を見直している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価結果等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施の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	排せつ支援加算（Ⅱ）	以下のイ又はロのいずれかを満たすこと イ 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。 ロ 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	
			以下のイ及びロのいずれも満たすこと イ 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。 ロ 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	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排せつ支援加算（Ⅲ）	以下のイ及びロのいずれも満たすこと イ 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。 ロ 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	

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	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	
			必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど, 看護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看護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開催している	<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>いずれにも適合</u>	<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>いずれにも適合</u>	<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	<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	
			(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	

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)	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				

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	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	