

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費）

令和8年5月版

自己点検シートにおける略称は、下記のとおりです。

青……………介護報酬の解釈1 単位数表編《令和6年4月版》（発行：社会保険研究所）

大臣基準告示…厚生労働大臣が定める基準（平成27年3月23日 厚生労働省告示第95号）

利用者等告示…厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号）

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	青P544～547、806～808
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	通所介護費等の算定方法（H12告27十一）
身体拘束廃止未実施減算	身体的拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 該当	青P808～809
	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月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底していない	<input type="checkbox"/> 該当	大臣基準告示・七十四の二
	身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底していない	<input type="checkbox"/> 該当	
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指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	高齢者虐待の防止のための研修を年1回以上実施していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	高齢者虐待防止措置を適正に実施する担当者置いていない	<input type="checkbox"/> 該当	
業務継続計画未策定減算	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない	<input type="checkbox"/> 該当	青P808～809 大臣基準告示・七十四の四

点検項目	点検事項	点検結果	
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	青P810～811 ※本体事業所、サテライト事業所ともに減算する。
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所在する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	青P812～813 厚生労働大臣が定める地域（H24告120）
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	
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	青P806～808 大臣基準告示・七十四イ～ニ
	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がない	<input type="checkbox"/> 該当	
	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"/> 該当	
	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が、週4回に満たない場合	<input type="checkbox"/> 該当	青P810～811
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	青P814～815 大臣基準告示・七十五イ～ハ ※左記のいずれにも該当した場合に減算する。
	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、多系統萎縮症、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	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)
	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	指定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	青P814
認知症加算（Ⅰ）	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における日常生活に支障を来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（以下この項目において「対象者」という。）の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては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を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している	<input type="checkbox"/> 該当	青P816～817 大臣基準告示・五十四の五イ・ロ 利用者等告示・五十二イ・ロ 老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号 第2の9(15)
	当該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している	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、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	
認知症加算（Ⅱ）	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における日常生活に支障を来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（以下この項目において「対象者」という。）の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては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を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該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）	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（Ⅳ）	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	青P816～817 老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号第2の9(16)
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	青P818～819 大臣基準告示・十八の二 看護小規模多機能型居宅介護計画
	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	
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を1名配置	<input type="checkbox"/> 該当	青P820～821 大臣基準告示・十九 栄養ケア計画(参考様式) 栄養ケア提供経過記録(参考様式) 栄養ケアモニタリング(参考様式)
	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	
	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	
	栄養ケア計画に従い、管理栄養士等が（必要に応じて居宅を訪問し）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	
	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	若年性認知症患者（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	青P818～819 大臣基準告示・十八
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	青P822～823 大臣基準告示十九の二 イ・ロ
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
	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	
	他の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定	<input type="checkbox"/> 非該当	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	（１）（２）のいずれかに適合		
	（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	
	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	<input type="checkbox"/> 該当		
他の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定	<input type="checkbox"/> 非該当		
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	青P824～825
	医療における対応の必要性の有無	<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）
	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を作成	<input type="checkbox"/> 該当	

（自己点検シート）

点検項目	点検事項	点検結果	
	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・管理指導計画(参考様式) 口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	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	
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	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	
	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"/> 該当	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) 口腔機能向上サービスのモニタリング(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	
	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"/> あり	
月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下		
	利用者毎の計画等の内容等の情報を厚生労働省(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	入所者ごとに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、少なくとも3月に1回評価	<input type="checkbox"/> 実施	青P837～838 大臣基準告示七十一の二
	確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省(LIFE)に提出し、情報を活用している	<input type="checkbox"/> 該当	
	褥瘡が認められる又は褥瘡が発生するリスクがある入所者ごとに、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、褥瘡ケア計画を作成し	<input type="checkbox"/> あり	褥瘡ケア計画
	褥瘡ケア計画に従い管理を実施し、入所者の状態について定期的に記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	3月に1回の評価に基づき、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	<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	<input type="checkbox"/> 適合	褥瘡ケア計画
	下記のいずれかに適合 ・褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒した	<input type="checkbox"/> 〇 いずれかに	

点検項目	点検事項	点検結果	
	・施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、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3月に1回評価するとともに、厚生労働省(LIFE)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	青P839～841 大臣基準告示七十一の三
	多職種が共同して、支援計画を作成し、支援を継続して実施	<input type="checkbox"/> 実施	支援計画
	支援計画の見直し	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上	
	要介護度3以上の利用者全員を対象としている	<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	<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 ・おむつを使用しなくなった ・施設入所時に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	<input type="checkbox"/> いずれかに <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/>	
	排せつ支援加算Ⅰ及びⅡ(尿道カテーテルの抜去は除く)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た値)、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(LIFE)に提出	<input type="checkbox"/> 実施	青P841 老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号 第2の9(33)
	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、指定看護小規模多機能型居宅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"/> 実施	看護小規模多機能型居宅介護計画
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	青P826～827 利用者等告示・五十三 イ～ホ
	退院又は退所後、初回の訪問看護サービス	<input type="checkbox"/> 該当	
	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、緊急時の訪問及び宿泊を必要に応じ行うことができる体制	<input type="checkbox"/> あり	青P827 大臣基準告示・七十六 同意書等(規定はなし)
	利用者の同意	<input type="checkbox"/> あり	
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
特別管理加算（Ⅰ）	在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与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	青P828 利用者等告示・五十四 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	
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	
専門管理加算	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	
	いずれかに該当 緩和ケア・褥瘡ケア又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を配置 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を終了した看護師を配置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	青P829～830 大臣基準告示・七十六の二 いずれかに 該当

点検項目	点検事項	点検結果	
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	青P831～832 大臣基準告示・七十七 利用者告示・五十五 訪問看護サービス記録書 サービス提供票
	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	
	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	
	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	
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を配置	<input type="checkbox"/> 該当	青P832 大臣基準告示・七十七の二
	医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者について、その主治の医師の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制強化加算（Ⅰ）	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	青P833 大臣基準告示・七十八 イ・ロ

（自己点検シート）

看護小規模多機能型居宅介護費(9/14)

点検項目	点検事項	点検結果		
	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	<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)
	看護体制強化加算(Ⅱ)	看護体制強化加算(Ⅰ)の1～3すべてに適合		<input type="checkbox"/> 該当
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	青P834 大臣基準告示・七十八の二 イ・ロ	
	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5割以上	<input type="checkbox"/> あり		
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	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	青P835～837 大臣基準告示・七十九 イ～ロ	
	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		
	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	<input type="checkbox"/> 該当		
	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のサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当		
	以下のいずれかに適合			
	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"/>		
	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"/>		

点検項目	点検事項	点検結果		
	地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、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"/>	いずれかに 該当	
	市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加している	<input type="checkbox"/>		
総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	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	
	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"/>	該当	
	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"/>	該当	
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い、及び当該事項の実施を定期的に確認している (一)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（以下「介護機器」という。）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 (二)職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (三)介護機器の定期的な点検 (四)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	<input type="checkbox"/>	該当	青P842 大臣基準告示・七十九の二
	(2) (1)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	<input type="checkbox"/>	ある	
	(3) 介護機器を複数種類活用	<input type="checkbox"/>	該当	
	(4) (1)の委員会において、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、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認	<input type="checkbox"/>	該当	
	(5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省(LIFE)に報告	<input type="checkbox"/>	該当	
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	次のいずれにも適合			
	(1) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）(1)に適合 (2) 介護機器を活用している	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	該当 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	(3) 事業年度ごとに、(1)および(2)の実績を厚生労働省(LIFE)に報告	<input type="checkbox"/> 該当	
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	青P843~844 大臣基準告示・八十イ~ハ
	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う	<input type="checkbox"/> 該当	
	従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上	<input type="checkbox"/> }	
	従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)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	<input type="checkbox"/> }	
	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(Ⅱ)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(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行う	<input type="checkbox"/> 該当	
	従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上	<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行う		<input type="checkbox"/> 該当	
従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が4割以上		<input type="checkbox"/> }	いずれかに 該当
従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が6割以上		<input type="checkbox"/> }	
従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の職員の占める割合が3割以上		<input type="checkbox"/> }	
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	

点検項目	点検事項	点検結果		
介護職員等処遇改善加算 (I)イ	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 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、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を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	令和8年6月～ 大臣基準告示・八十一 介護職員等処遇改善計画書	
	(一) 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二分の一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		
	(二) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上	<input type="checkbox"/> 該当		
	(2) (1)の賃金改善に関する計画、実施期間及び実施方法その他の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市町村長に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当		
	(3) 介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	(4) 事業年度ごとに処遇改善に関する実績を市町村長に報告	<input type="checkbox"/> 報告している		実績報告書
	(5) 算定日が属する月の前十二月間において、各種労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない	<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(一)、(二)、(三)のいずれにも適合			研修計画書
	(一) 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	<input type="checkbox"/> あり		
	(二) 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"/> あり		
	(三) 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、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
	(8) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)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		
(9) (8)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表	<input type="checkbox"/> あり			

点検項目	点検事項	点検結果	
	(10) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) □	次に掲げる基準のいずれにも適合		介護職員等処遇改善計画書
	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イに掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合する		
	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定	<input type="checkbox"/>	いずれかに 該当
	(二) ケアプランデータ連携システムを利用	<input type="checkbox"/>	
	(三) 連携推進法人に所属	<input type="checkbox"/>	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) イ	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イの(1)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員等処遇改善計画書
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) □	次に掲げる基準のいずれにも適合		介護職員等処遇改善計画書
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イの(1)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロの(2)に掲げる基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の(1)(一)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員等処遇改善計画書
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の(1)(一)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(二)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> 該当	介護職員等処遇改善計画書