

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 自己点検シート

(併設短期入所生活介護・併設介護予防短期入所生活介護を含む)

記入年月日		令和 年 月 日	
法人名			
代表者(理事長)名			
介護保険事業所番号			
事業所	名称	指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 併設(介護予防)短期入所生活介護事業所	
	所在地		
	施設の区分	<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型	
指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員 _____名	入所者数(前年度の平均値) _____名	
併設短期入所生活介護(予防含む)	定員 _____名	利用者数(前年度の平均値) _____名	
記入(担当)者職名			

□ 自己点検シート記載にあたっての留意事項

- チェック項目
 - ・該当するものにチェック(□)をしてください。
 - ・内容欄の項目について該当のない場合については、該当無をチェックしてください。
 - ・記入すべき箇所については、できる限り具体的に記入してください

※従来型及びユニット型の共通項目で、「入所者」とは「入所者」及び「入居者」のことをいいます。

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
第1 基本方針 (従来型)	(1) 地域密着型施設サービス計画に基づき、居宅における生活への復帰を念頭において入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ってサービスを提供するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 明るく、家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(ユニット型)	(4) 入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第2 人員に関する基準						
1 医 師	(1) 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) サテライト型施設で医師を配置していない場合は、本体施設の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体を管理していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 生活相談員	(1) サテライト型施設でない場合は、常勤の者を1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) サテライト型施設の場合は、常勤換算方法で1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) サテライト型施設に生活相談員を置かない場合、本体施設（指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に限る。）の生活相談員又は支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 社会福祉法第19条にいう社会福祉主事の資格を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 介護職員又は看護職員	(1) 介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護職員のうち1以上の者は、常勤の者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 看護職員の数は、サテライト型施設でない場合は、常勤の者を1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 看護職員の数は、サテライト型施設の場合は、常勤換算方法で1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 施設の診療所（医務室）が保険医療機関の指定を受け、入所者ではなく、地域住民の外来診療を行っている場合、当該診療の補助に従事する看護職員の勤務時間数は、施設の勤務時間数から除いていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 栄 養 士	(1) サテライト型施設でない場合は、栄養士又は管理栄養士を1以上置いていますか。 ただし、他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることにより当該指定地域密着型介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、栄養士又は管理栄養士を置かないことができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(管理栄養士)	(2) サテライト型施設で本体施設が介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び100床以上の病院で栄養士を置かない場合は、本体施設の栄養士によるサービス提供が本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型施設の入所者に適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 機能訓練指導員	(1) サテライト型施設でない場合は、1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) サテライト型施設で本体施設が介護老人福祉施設及び介護老人保健施設で機能訓練指導員を置かない場合は、本体施設の機能訓練指導員又は理学療法士若しくは作業療法士によるサービス提供が本体施設及びサテライト型施設の入所者に適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）の資格を有する者ですか。 （日常生活、レクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導は、当該施設の生活相談員又は介護職員の兼務可） ※・入所者処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可。 ・看護職員が機能訓練指導員を当該施設で兼務をする場合、看護職員の配置基準を満たすと同時に、当該機能訓練指導員の勤務時間の全体を看護職員に係る勤務時間として算入できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 介護支援専門員	(1) サテライト型施設でない場合は、1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 常勤専従の者が配置されていますか。 ※・入所者処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可 ・当該施設の他の職務を兼務する場合、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務に係る勤務時間として算入できる。 ・居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は不可 （増員に係る介護支援専門員についてはこの限りでない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) サテライト型施設で本体施設が介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病院（介護療養型医療施設に限る。）で介護支援専門員を置かない場合は、本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型施設の入所者に適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている場合で介護支援専門員を置かない場合は、当該併設の指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員によるサービス提供が当該事業所等の利用者及び施設の入所者に適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 入所者の算定	従業者の員数算定のための入所者数について ・前年度の平均値としていますか。 （延べ入所者数（外泊・入院を含まない。ただし、戻った日は含む）÷年暦日数）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	・新規指定施設は適正な推定数により算定していますか。(6ヶ月未満はベッド数の90% 6ヶ月超1年未満は直近6月平均)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第3 設備に関する基準						
1 居室 (従来型)	(1) 居室定員は4人以下となっていますか。 (経過措置 — 平成12年4月1日に現存する特別養護老人ホームは「原則として4人以下」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 1人あたりの床面積は10.65平方メートル以上となっていますか。 (経過措置 — 平成12年4月1日に現存する特別養護老人ホームは「収納設備等を除き、4.95平方メートル以上」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) ブザー又はこれに代わる設備が全居室に設置されていますか。 ■未設置のベッドがある場合はその数と理由 ・未設置数(床) ・理由()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(4) ①一の居室定員は1人となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②一の居室の床面積は、10.65平方メートル以上を標準となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 2人部屋がある場合は、21.3平方メートル以上を標準となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 一のユニットの入居定員は、おおむね10人以下とし、15人を超えないものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) ブザー又はこれに代わる設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 静養室 (従来型のみ)	(1) 介護職員室又は看護職員室に近接して設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) ブザー又はこれに代わる設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者の居室として利用されていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 浴室	(1) 要介護者が入浴するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 特別浴槽を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 洗面所 (従来型)	(1) 居室のある階ごとに設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(3) 居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 便所 (従来型)	(1) 居室のある階ごとに居室に近接して設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) ブザー又はこれに代わる設備が設けられるとともに、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(ユニット型)	(3) 居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) ブザー又はこれに代わる設備が設けられるとともに、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 医務室	(1) 医療法第1条の5第2項に規定する診療所となっていますか。 (医療法第1条の5第2項 — この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者の収容施設を有しないもの又は患者19人以下の収容施設を有するものをいう。) ※サテライト型施設で本体施設が介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設の場合は、医務室は必要としない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 必要な医薬品及び医療器具を備えていますか。また、必要に応じて臨床検査設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 食堂及び 機能訓練室 (従来型)	(1) それぞれが必要な広さを有し、その合計した面積が3平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上となっていますか。 ※食堂、機能訓練室は、食事の提供又は機能訓練に支障のない広さを確保しているときは、同一の場所とすることができる。 (経過措置 — 平成12年4月1日に現存する特別養護老人ホームは「合計した面積が3平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上」は当分の間適用しない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 必要な備品を備えていますか。 ■備品名(主なもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 共同生活室 (ユニット型)	(1) 他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていきますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車いすが支障なく通行できる形状が確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 一の共同生活室の床面積は、2平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としていますか。 (経過措置 平成15年4月1日現在の既存のユニットがある場合は(同日以降に増改築した場合を除く。)当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むのに必要な広さとする。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 廊下幅	1. 5メートル以上(中廊下は1.8メートル以上)となっていますか。 ※廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、これによらないことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 消火設備等	消火設備、その他の非常災害に際して必要な設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 その他	(1) 各設備は専ら施設の用に供するものとなっていますか。 ※入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(2) 面積又は数の定めのない設備については、機能を十分に発揮し得る広さ又は数を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 変更申請及び変更届出をせずに、用途を変更していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第4 運営に関する基準						
1 内容及び手続きの説明及び同意	(1) サービスの提供開始の際に、あらかじめ入所申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を説明し、同意を得て、交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 重要事項説明書及び入所契約書には、日付、説明及び入所申込者が漏れなく記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 ※次の各事項の（ ）内の事項で記載のないものの「□」に✓をすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 運営規程の概要 (<input type="checkbox"/> 開設者情報 <input type="checkbox"/> 施設情報 <input type="checkbox"/> 運営方針及び目的 <input type="checkbox"/> 定員 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止措置)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 従業員の勤務体制 (<input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 基準人員数 <input type="checkbox"/> 実配置人員数 <input type="checkbox"/> 職務内容)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 利用料及びその他の費用 (<input type="checkbox"/> 施設サービス費 <input type="checkbox"/> 加算関係 <input type="checkbox"/> その他の費用 <input type="checkbox"/> 居住費及び食費の負担限度額 <input type="checkbox"/> 居住費の外泊時の取扱い <input type="checkbox"/> 消費税の課税の有無 <input type="checkbox"/> その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き <input type="checkbox"/> 徴収方法)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 事故発生時の対応 (<input type="checkbox"/> 連絡先（市町村） <input type="checkbox"/> 連絡先（入所者の家族） <input type="checkbox"/> 対応策 <input type="checkbox"/> 損害賠償)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 苦情処理の体制 (<input type="checkbox"/> 施設内の処理体制及び連絡先 <input type="checkbox"/> 連絡先（市町村） <input type="checkbox"/> 連絡先（国保連）)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ その他入所者の選択に役立つ事項 ※主な事項を記載 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況） <input type="checkbox"/> 協力病院（電話番号、診療科目含む） <input type="checkbox"/> 協力歯科（電話番号含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 入所者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
2 提供拒否の禁止	<p>正当な理由なくサービスの提供を拒否せず適切に入所受入れを行っていますか。</p> <p>※正当な理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 ・利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域以外である場合 ・その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合 <p>※拒否せざるを得なかった事例とその対応</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	サービス提供が困難な場合、適切な病院や診療所等の紹介を速やかに行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	(1) 被保険者証で、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮したサービス提供に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定申請に係る援助	(1) 入所申込者が要介護認定等を受けていない場合に、既に要介護認定申請が行われているか確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 要介護認定の申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 要介護認定の有効期間が終了する30日前までに要介護認定の更新申請が行われるように必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 入退所	(1) 入所申込者の心身の状況、病歴等の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①心身の状況、病歴等の把握に際し、主治医意見書、診療情報提供書等を活用し、一律に診断書を求めないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②入所申込みの際に必要な事項（本籍地、出生地、宗教、学歴、職歴等）の調査及び書類提出を求めないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 堺市入所選考指針に基づいた入所選考を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①入所待ちの入所申込者がいる場合は、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、入所の必要が高いと認められる者を優先的に入所させるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②要介護1又は2の入所申込者については、特例入所の要件に該当することを確認していますか。また、特例入所対象者については保険者に対し報告を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③入所選考委員会を、原則として毎月1回開催し、選考者名簿の調製を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性の確保に留意して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■検討会議名 ()					
	■参加職員職種（参加するすべての職種を記載すること） ()					

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(4) 居宅において日常生活が営むことができると認められる場合に、円滑な退所のための援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 安易に施設側の理由により退所を促していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) ①退所に際しては、居宅介護支援事業者に対する情報の提供や保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。 ②また、介護状況を示す文書を添えて情報提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 サービス提供の記録	(1) 当該入所者の被保険者証に次の事項を記載していますか。 ①入所年月日 ②施設の種類及び名称 ③退所年月日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 利用料等の受領（法定代理受領サービス）	(1) 当該サービスに該当する場合、介護報酬告示上の額（算定する加算を含む。）の1割～3割の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護報酬告示上の額の1割～3割負担分について、公費負担対象となる入所者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護報酬告示上の額の1割～3割負担分について、高額介護サービス費の所得区分に応じた月額負担上限額を超える場合は、当該上限額の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該サービスに該当しない場合に必要となる費用と当該サービスに該当する場合に必要な費用との間に不合理な差額を設けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(特別な居室料)	(5) 特別な居室の定員は1人又は2人となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該居室が、居住費のほか特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払を入所者から受けるのにふさわしいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 当該居室の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 実際の当該居室の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(特別な食事料)	(9) 通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行うなどすることにより必要な費用徴収にふさわしいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。 ※提供ごとに費用が異なる場合には「実費」との規定でも可ですが、別途消費税が必要となることの規定は必要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 支払を受ける額は、当該食事の提供に必要な費用から通常の食費の額を控除した額として、その額に消費税を含めた金額となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(12) 当該食事の提供に当たっては、医師との連携の下に管理栄養士または栄養士による入所者ごとの医学的及び栄養学的な管理を行うこととしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 実際の当該食事の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(居住費及び食費)	(14) 負担限度額認定者又は特定負担限度額認定者については、居住費及び食費ともに当該認定証に記載されている負担限度額の範囲内で徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 入院または外泊している入所者のベッドを当該入所者に同意を得た上で、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護として利用している場合は、当該入所者から居住費を徴収していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(16) 従来型個室に入所している入所者で、多床室に係る施設サービス費を算定する場合は、多床室に係る居住費を徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(17) 入所者から居住費及び食費ともに、負担限度額の範囲内で徴収する場合に、特定入所者介護サービス費（補足給付）と整合が図られていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(18) 負担限度額認定者又は特定負担限度額認定者であるものの、居住費及び食費について、いずれかを負担限度額の範囲内で徴収していない場合は、特定入所者介護サービス費を算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(その他の日常生活費)	(19) 当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(20) 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複したのものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(21) 当該費用は、あいまいな名目によるものではなく、費用の内訳を明らかにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(22) 当該費用について、入所者又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(23) 当該費用については、運営規程に可能な限り具体的な額を規定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(24) 預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っていますか。 ①預かり金管理規程を整備していますか。 ②責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管していますか。 ③適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っていますか。 ④入所者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていますか。 ⑤預かり金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）点検されていますか。 ⑥入所者又は家族等に定期的（少なくとも3ヶ月に1回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(25) 預かり金の管理費用は実費相当となっていますか。また、積算根拠は文書等により明確にされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(その他の日常生活費以外の費用)	(26) 施設サービス費の一環として提供される日常生活上の便宜とはいえないものについては、その他の日常生活費とは別に徴収していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(27) その他の日常生活費以外のものについても、入所者又はその家族の希望によるものであって、書面による同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(領収書)	(28) 入所者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収書を発行していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(29) 領収書には、消費税の課税・非課税の区分が明確にされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない地域密着型施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、その提供した地域密着型施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針 (従来型)	(1) 地域密着型施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 地域密着型施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(3) 入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるように配慮して行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 入居者のプライバシーの確保に配慮して、サービスが行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 地域密着型施設サービスが、入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(共通)	(7) サービスの提供に当たって、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 地域密着型施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(身体拘束の原則禁止)	(9) サービス提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(10) 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三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。</p> <p>関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。</p> <p>※ 身体的拘束適正化検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。その際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(12) 身体的拘束等の適正化のための指針に下記の項目が規定されていますか。</p> <p>① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方</p> <p>② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項</p> <p>③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針</p> <p>④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針</p> <p>⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(13) 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に（年2回以上）実施していますか。</p> <p>※新規採用時にも必ず実施すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(14) 身体的拘束等廃止を実現するための正確な事実認識を持つため、施設の管理者は、大阪府等が行う研修等に参加し、又は従業者を参加させるなど従業者の意識啓発に努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(15) 既に身体的拘束等の原則禁止を実現できていますか、若しくは身体的拘束等をなくしていくための改善計画が作成されていますか。</p> <p>◎当該改善計画には、次の内容が盛り込まれていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内の推進体制 ・介護の提供体制の見直し ・「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続 ・施設設備等の改善 ・施設の従業者その他の関係者の意識啓発のための取組 ・入所者の家族への十分な説明 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(16) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、必要事項の記録を行っていますか。(なお、記録に当たっては、「身体拘束ゼロへの手引き」に記載されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録(参考例)」に準ずること。)</p> <p>①どのような身体的拘束等を行うか。</p> <p>②いつからいつまで身体的拘束等を行うか。</p> <p>③その際の入所者等心身の状況はどのようであるか。</p> <p>④緊急やむを得ない理由</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(17) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、本人又はその家族に説明していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(18) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、ケース検討会議等で他に方法がないかどうか検討していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 地域密着型施設サービス計画の作成	(1) 地域密着型施設サービス計画は入所後漏れなく遅滞なく作成されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護支援専門員にサービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 地域密着型施設サービス計画の作成に当たって、入所者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活ができるように支援する上で解決すべき課題を把握(アセスメント)していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) アセスメントに当たっては、入所者及びその家族に面接して行っていますか。また、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して説明し、理解を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 地域密着型施設サービス計画作成に当たって、入所者及びその家族の希望、入所者について把握された解決すべき課題に基づき、原案を作成していますか。 (他の従業者との協議、サービス目標及び達成時期、サービス内容等) ※ 地域密着型施設サービス計画の作成にあたっては、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」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(7) サービス担当者会議の開催、又は担当者に対する照会等により、地域密着型施設サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。 ※担当者とは、医師・生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員及び生活状況等に関係する者を指します。 ※ サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければなりません。 なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 地域密着型施設サービス計画の原案について、入所者に対して説明し、文書により同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) ①地域密着型施設サービス計画を作成した際には、入所者に対して地域密着型施設サービス計画を交付していますか。 ②また、交付したことがわかるよう記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 地域密着型施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）に当たっては、入所者及び家族、施設の各職種の担当者との連絡を行うこととし、特段の事情のない限り、次のように行っていますか。 ①定期的に入所者に面接していますか。 ②地域密着型施設サービス計画の実施状況を把握（モニタリング）し、その結果について定期的に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 地域密着型施設サービス計画の作成後、地域密着型施設サービス計画の実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）を行い、必要に応じ計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 入所者が要介護更新認定、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、地域密着型施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 変更においても計画作成と同様の一連の手続きを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 介護 (従来型)	(1) 介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって、人格に十分配慮して実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) ①1週間に2回以上、入浴または清しきを行っていますか。 ②また、年末年始についても必要回数を確保していますか。</p> <p>※入浴の実施状況 ・一般浴（入所者1人当たり） 週 ___ 回 対象者数： ___ 人 入浴日： _____ ・特別浴（入所者1人当たり） 週 ___ 回 対象者数： ___ 人 入浴日： _____ ・当日入浴できない者の処遇状況 ()</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(ユニット型)	(3) 介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入居者が日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) ①入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供していますか。また、やむを得ない場合には、入浴の機会に代えて清しきを行っていますか。 ②個浴の実施など入居者の入浴の意向に応じることができるだけ入浴機会が設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(共通)	(6) 入浴前に健康状態を適切に把握していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 入浴方法は心身の状況、自立支援を踏まえ、適切に行われていますか。(一般浴、リフト浴、特別浴等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 排泄の自立支援について、必要な援助をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) おむつの交換や清拭、ポータブルトイレの使用等に際してのプライバシーに配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) おむつ交換等排泄介助については、夜間時間帯の間隔やおむつの交換の必要回数が確保されていますか。 ※オムツ使用等の状況 使用者数 _____ 人 (うち夜間のみ使用者数 _____ 人) 定時交換回数 _____ 回、トイレ誘導者数 _____ 人、誘導回数 _____ 回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(褥瘡対策)	(11) 排泄の経過を把握し、記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するために、例えば以下のような体制を整備していますか。 ・褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をしていますか。 ・専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい）を決めていますか。 担当職種（ _____ ） ・医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置していますか。 構成メンバー（ _____ ） 開催頻度 _____ 回/ ・褥瘡対策のための指針を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無																
	<p>・介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施していますか。</p> <p>研修実施状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>研修日</th> <th>研 修 内 容</th> <th>研修区分</th> <th>参 加 職 種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	研修日	研 修 内 容	研修区分	参 加 職 種			内部・外部				内部・外部				内部・外部		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
研修日	研 修 内 容	研修区分	参 加 職 種																			
		内部・外部																				
		内部・外部																				
		内部・外部																				
	(13) 離床、着替え、整容その他日常生活の世話を適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(14) 常時1人以上の介護職員を介護に従事させていますか。(非常勤可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(15) 入所者の負担により、従業者以外の者による看護及び介護を受けさせず、従業者で対応していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(16) 家族に介護に来るよう強制せず、従業者で対応していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
13 食事の提供 (共通)	(1) 栄養並びに入所者の身体の状況及び嗜好を考慮したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(2) 栄養量は「日本人の食事摂取基準(2020年版)」を踏まえたものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(3) 朝食、昼食は適切な時間に提供していますか。 ■・朝食 — 配膳時刻 ___時、食事時間 ___時～___時 ・昼食 — 配膳時刻 ___時、食事時間 ___時～___時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(4) ①夕食は午後5時以降に配膳されていますか。 ※午後6時以降に配膳されることが望ましい。 ■・夕食 — 配膳時刻 ___時、食事時間 ___時～___時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	※食事の提供状況(直近1ヶ月における利用実人員) ①普通食 ___人 ②濃厚流動食 ___人(うち療養食該当 ___人) ②療養食 ___人(療養食加算を算定している者) ・糖尿病食 ___人 ・腎臓病食 ___人(心臓疾患に対する減塩食療法) ・肝臓病食 ___人 ・胃潰瘍食 ___人 ・貧血食 ___人 ・脂質異常症食 ___人 ・膵臓病食 ___人 ・痛風食 ___人 ・特別な場合の検査食 ___人																					
	(5) 調理は献立に従って行うとともに、実施状況が明らかにされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(6) 献立は必要に応じ、医師の指導を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(7) 調理及び配膳に当たり、適切な衛生管理がなされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(8) 食事は、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ食堂で行われるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(9) 保存食は材料及び調理済食品を2週間分保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(10) 調理関係職員（調理員、栄養士等）の検便は定期的（月1回以上）に行っていますか。（夏季は月2回以上が望ましい） ・新規採用者の場合、調理業務従事前にも行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 業務委託している場合には、下記の項目について施設自らが行っていますか。 ①栄養管理 ②調理管理 ③材料管理 ④施設等管理 ⑤業務管理 ⑥衛生管理 ⑦労働衛生管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 居室関係部門と食事関係部門の連携・食事内容の検討を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(13) 入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14) 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) ①入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援していますか。 ②その際、共同生活室で食事を摂るよう強制していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(16) 食事の安全面、衛生面は確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(17) 食事の嗜好を把握するとともに、残食結果（喫食状況）を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(18) ①検食は毎食前に行われ、その結果が検食簿に記録されていますか。検食簿には、衛生面の項目（異物の混入・適切な加熱状況・異味異臭）が設けられていますか。 ②検食は施設長以下職員が交代で行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(19) 嗜好調査を実施していますか。 ■実施回数（年 回）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(20) 喫食調査（残食調査）を行い、記録を残していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 相談及び援助	常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又は家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言又は援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
15 社会生活上の 便宜の供与等 (従来型)	(1) 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜、レクリエーション行事、クラブ活動等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(2) 家族や友人が気軽に来訪・宿泊することができる機会や、入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動(同好会やクラブ活動などを含める)の機会を提供するとともに、入居者が自立的に行うこれらの活動を支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) ①入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについてその者又は家族が行うことが困難な場合は、その者の同意を得て代行していますか。 ②金銭に係るものは書面等により事前に同意を得、代行後、その都度本人の確認を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 常に入所者の家族との連携を図り、入所者とその家族との交流の機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 入所者の外出の機会を確保するように努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 機能訓練	(1) ①入所者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っていますか。 ②必要な器具を整備し、活用していますか。 ③実施計画を作成していますか。 ④実施経過、結果の記録を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 機能訓練室での訓練以外の訓練についても十分に配慮されていますか。(日常生活での機能訓練、レクリエーション、行事の実施等) ■レクリエーション、行事の主なもの <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 栄養管理	入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。 ※ 入所者に対する栄養管理について、令和3年度より栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものです。 ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととします。 栄養管理について、以下の手順により行ってください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>① 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、地域密着型施設サービス計画との整合性を図ること。</p> <p>なお、栄養ケア計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>② 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>④ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4において示しているので、参考とすること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第8条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。</p>					
18 口腔衛生の管理	<p>入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 入所者に対する口腔衛生の管理について、令和3年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものです。</p>					
	<p>① 当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>② ①の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>ア 助言を行った歯科医師 イ 歯科医師からの助言の要点 ウ 具体的方策 エ 当該施設における実施目標 オ 留意事項・特記事項</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	③ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は②の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。 なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 健康管理	(1) 医師又は看護職員は、常に入所者の健康状況に注意し、健康保持のための措置を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 入所者の入院期間中の取扱い	(1) 入院後、おおむね3月以内に退院することが明らかに見込まれるときはその者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後、円滑に再入所できるようにしていますか。 ■やむを得ない事情により再入所できない事例があった場合は、その事例 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者の入院期間中のベッドについては、短期入所生活介護事業等に利用しても差し支えないが、入所者が退院時に円滑に再入所できるよう、計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 入所者に関する市町村への通知	次のいずれかに該当する場合、遅滞なく意見を付して市町村に通知していますか。					
	①入所者が正当な理由なしに指示に従わず、要介護状態の程度を増進させたとき。 ②入所者が不正に保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 緊急時等の対応	サービスの提供を行っているときに入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、配置医師との連携方法その他の緊急時における対応方法を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 管理者による管理	管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の職員ですか。 ※ただし、管理上支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所、施設等又は本体施設の職務（本体施設が病院又は診療所の場合は、管理者としての職務を除く。）に従事することができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 管理者の責務	(1) 管理者は、施設の従業者の管理及び入所の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者は、従業者に当該施設に係る基準省令の「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 計画担当介護支援専門員の責務	(1) 入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況を把握していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者の心身の状況、その置かれて環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(3) その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 身体的拘束等の様態及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 苦情の内容を把握し、記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事故の状況及び事故に際して採った処置について把握し、記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 運営規程	<p>運営規程には次の重要事項が定められていますか。</p> <p>①施設の目的及び運営方針</p> <p>②従業者の職種、員数及び職務内容</p> <p>③入所定員（入居定員）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	④ユニット数及びユニットごとの入居定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>⑤サービスの内容</p> <p>〔 ※主な事項を記載 〕</p> <p>⑥利用料及びその他の費用の額</p> <p>〔 ※以下の事項で記載のないものの「□」に✓をすること。 〕</p> <p>□施設が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外）</p> <p>□居住費及び食費の負担限度額</p> <p>□居住費の入院又は外泊時の取扱い</p> <p>□消費税の課税の有無</p> <p>□その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き</p> <p>⑦施設利用にあたっての留意事項</p> <p>〔 ※主な事項を記載 〕</p> <p>⑧緊急時等における対応方法</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	⑨非常災害対策 ⑩虐待の防止のための措置に関する事項 ※ 虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待等が発生した場合の対応方法等を記載してください（令和6年3月31日までの間は、努力義務）。 ⑩その他施設の運営に関する留意事項 ・ 身体的拘束等の原則禁止 ・ その他の留意事項 ※主な事項を記載 []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 勤務体制の確保等	(1) 施設ごとに、原則として月ごとの勤務表（予定と実績）を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護・介護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確にしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 非常勤職員も含めた全ての職員に、雇用契約書等による勤務条件の明示を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 職員の健康診断は、年1回（夜勤を行う職員については年2回）を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入所者の処遇に直接影響を及ぼす業務について、当該施設の従業者のみによるサービスを提供していますか。 （処遇に直接影響を及ぼさない業務：調理業務、洗濯等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(従来型)	(5) 夜勤を行う職員（看護又は介護職員）の員数は以下のとおり確保していますか。 施設入所者数と短期入所者利用者数の合計数が 25以下 1人以上 26超 60以下 2人以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(6) 入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮した勤務体制となっていますか。 ※入居者の個性・心身の状況・生活歴などを具体的に把握した上で、日常生活上の活動を適切に援助するために、「馴染みの関係」が求められることによるものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次の勤務体制を確保していますか。 ①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 ②夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 ③ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置していますか。 ④ユニットリーダー研修修了者が2名以上いますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無																
	<p>※ 令和3年4月1日以降に、入居定員が10を超えるユニットを整備する場合には、令和3年改正省令附則第6条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までを含めた連続する16時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めていますか。</p> <p>a 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置 ユニットごとに常時1人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する8時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）に勤務する別の従業者の1日の勤務時間数の合計を8で除して得た数が、入居者の数が10を超えて1を増すごとに0.1以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めていますか。</p> <p>b 夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置 2ユニットごとに1人の配置に加えて、当該2ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の1日の勤務時間数の合計を16で除して得た数が、入居者の合計数が20を超えて2又はその端数を増すごとに0.1以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めていますか。 なお、基準省令第167条第2項第1号及び第2号に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はありません。当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるよう努めてください。</p>	□	□	□	□	□																
(研修関係)	<p><実施状況>（これまでの実績がない場合、今後の研修予定を記入してください。）</p> <table border="1" data-bbox="451 1294 1366 1451"> <thead> <tr> <th>研修日</th> <th>研 修 内 容</th> <th>研修区分</th> <th>参 加 職 種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(8) 従業者の資質の向上のため、計画的な研修の機会を確保していますか。</p> <p>(9) 研修に参加する職員に偏りはありますか。</p> <p>(10) 研修内容を研修参加職員以外に還元できる体制（記録含む）が整備されていますか。</p> <p>(11) 入所者の意思と人格を尊重したサービス提供するため、職員の人権意識の向上を図るための内部研修の実施や外部研修に参加させていますか。</p>	研修日	研 修 内 容	研修区分	参 加 職 種			内部・外部				内部・外部				内部・外部		□	□	□	□	□
研修日	研 修 内 容	研修区分	参 加 職 種																			
		内部・外部																				
		内部・外部																				
		内部・外部																				

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(12) 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。</p> <p>※ 当該義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させてください（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務です）。</p>	□	□	□	□	□
	<p>(13) 職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。</p> <p>※ 事業主が講ずべき措置の具体的内容については、次のとおりです。</p> <p>ア 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。</p> <p>イ 相談（苦情）に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備すること。相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。</p> <p>※ 事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。</p> <p>①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</p> <p>②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）</p> <p>③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）</p> <p>介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、上記「事業主が講ずべき措置の具体的内容」の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考とすること。マニュアルや手引きについては、厚生労働省ホームページに掲載しているのを参考にすること。</p>	□	□	□	□	□
28 業務継続計画の策定等	<p>① 感染症及び非常災害が発生した場合において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施し、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）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ますか。</p> <p>※ 業務継続計画の策定等の措置について、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。</p> <p>※ 利用者がサービス利用を継続する上で、関係機関との連携等に努めることが重要です。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。</p> <p>② 業務継続計画には、以下の項目等が記載されていますか。</p> <p>※ 想定される災害等は地域により異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	感染症に係る業務継続計画 ア 平時からの備え ・体制構築・整備 ・感染症防止に向けた取組の実施 ・備蓄品の確保等 イ 初動対応 ウ 感染拡大防止体制の確立 ・保健所との連携 ・濃厚接触者への対応、 ・関係者との情報共有等					
	災害に係る業務継続計画 ア 平常時の対応 ・建物・設備の安全対策 ・電気・水道等のライフラインが停止の場合の対策 ・必要品の備蓄等 イ 緊急時の対応 ・業務継続計画発動基準対応体制等 ウ 他施設及び地域との連携 ③ 感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を従業者に共有・理解させるため、定期的（年1回以上）に研修を開催していますか。（また、新規採用時には別に研修を実施していますか。）また、研修の実施内容について記録していますか。 ※ なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することもできます。 ④ 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合実践するケアの訓練（シミュレーション）等を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※ なお、感染症の業務継続計画に係る訓練についても、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することもできます。また、訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切とされています。 ⑤ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。	□	□	□	□	□
29 定員の遵守	(1) 施設の入所定員を遵守していますか。	□	□	□	□	□
(ユニット型)	(2) 施設のユニットごとの入居定員を遵守していますか。	□	□	□	□	□
(共通)	(3) 居室の定員を超えないようにしていますか。	□	□	□	□	□
	■緊急その他のやむを得ない事情による定員超過がある場合は、その理由及び入所者数（記入日現在） ()					□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(4) 近い将来、指定地域密着型介護老人福祉施設本体に入所することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者が、併設される指定短期入所生活介護事業所の空床を利用して指定地域密着型介護福祉施設サービスを受けることにより、入所定員を超過する(特例利用)場合は、入所定員に100分の105を乗じて得た数を超えないようにしていますか。</p> <p>※この取扱いは一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要があります。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 前号の特例利用の受け入れを行った場合、その理由を入所者台帳等に記録していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 非常災害対策	<p>(1) 非常災害に関する具体的計画はありますか。</p> <p>※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている施設にあってはその者に行わせることとなります。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせることとなります。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>非常災害対策計画策定に盛り込む具体的な項目（例） ※以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。</p> <p>1 立地条件 <input type="checkbox"/> 施設等の立地条件 <input type="checkbox"/> 周辺地区の過去の災害発生状況 <input type="checkbox"/> 災害の発生予測</p> <p>2 情報の入手方法 <input type="checkbox"/> 情報の入手方法（テレビ、ラジオ、パソコン、携帯電話等）</p> <p>3 災害時の連絡先及び通信手段の確認 <input type="checkbox"/> 災害時の職員間の連絡体制 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の体制整備（自治体、消防、医療機関、家族等） <input type="checkbox"/> 通常の連絡手段が通じない場合の連絡方法</p> <p>4 避難を開始する時期、判断基準 <input type="checkbox"/> 避難開始時期の判断基準 <input type="checkbox"/> 臨時休業の判断基準、利用者への連絡方法（通所系事業所の場合）</p> <p>5 避難場所 <input type="checkbox"/> 市町村指定避難場所の確認 <input type="checkbox"/> 施設内の安全スペースの確認 <input type="checkbox"/> 災害の種類等に応じた避難場所の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難場所の選定</p> <p>6 避難経路 <input type="checkbox"/> 避難経路の複数選定 <input type="checkbox"/> 送迎時等の避難経路の設定 <input type="checkbox"/> 避難経路図等の作成 <input type="checkbox"/> 所要時間</p> <p>7 避難方法 <input type="checkbox"/> 利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩、ストレッチャー）</p> <p>8 災害時の人員体制、指揮系統 <input type="checkbox"/> 避難に必要な職員数 <input type="checkbox"/> 役割分担 <input type="checkbox"/> 指揮系統の明確化【日中・夜間】 <input type="checkbox"/> 職員の参集基準【日中・夜間】</p> <p>9 停電・断水時の対応（※訪問・通所は必須でない） <input type="checkbox"/> 停電を想定した対策を検討していますか <input type="checkbox"/> 断水を想定した対策を検討していますか</p> <p>10 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 関係機関（市町村、警察、消防等）との連携体制の整備 <input type="checkbox"/> 地元自治会との連携体制の整備有無</p>					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無															
	(2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。 ※「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう職員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえような体制作りを求めたものです。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(3) ①定期的に必要な訓練を行っていますか。(年2回以上) ②うち1回は夜間を想定した訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	※訓練の実施状況 <table border="1" data-bbox="375 712 1410 824"> <thead> <tr> <th>実施日</th> <th>実施の時期</th> <th>患者の参加</th> <th>地域の参加</th> <th>消防署立会い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・</td> <td>昼間・夜間</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td>昼間・夜間</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> </tbody> </table> *一部の事項はどちらかを○で囲むこと。(実施の時期の夜間は夜間想定を含む)	実施日	実施の時期	患者の参加	地域の参加	消防署立会い	・	昼間・夜間	有・無	有・無	有・無	・	昼間・夜間	有・無	有・無	有・無					
実施日	実施の時期	患者の参加	地域の参加	消防署立会い																	
・	昼間・夜間	有・無	有・無	有・無																	
・	昼間・夜間	有・無	有・無	有・無																	
	(4) ①防火管理者(消防法に基づく)を置いていますか。 ※当該管理者の職名・氏名を記載 職名 _____ 氏名 _____ ②防火管理者が変更となった場合、変更届を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(5) 消防法による消防計画の届出を行っていますか。 消防計画の提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(6) 消防法による避難設備、消防用設備の定期点検及び報告を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(7) 地震防災対策マニュアルを作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
31 衛生管理等	(1) 施設、食器、飲料水等の衛生管理及び施設内の悪臭対策は適切に実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(2) 食品の保管設備、食器の消毒・保管方法は大量調理衛生マニュアルに沿って行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(3) 簡易専用水道【有効容量が10m ³ を超える貯水槽(受水槽)】を使用している場合、年1回法定検査を受けていますか。 法定検査受検日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 清掃実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 水質検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(4) 貯水槽(受水槽)を使用している場合、清掃を年1回以上行っていますか。 清掃実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 水質検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(5) 井戸水を使用している場合、必要な水質検査を実施し、適切に衛生管理を行っていますか。 水質検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 残留塩素測定頻度 _____ 回/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	(6) 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っていますか。					<input type="checkbox"/>															

項 目	内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	分 か ら な い	該 当 無
	①入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施し、常に0.4mg/l以上を保たれていますか。 ②浴槽水を適切に（1週間に1回以上）交換し、清掃を行っていますか。 ※浴槽水交換頻度 _____ 回 / 週 ③循環式浴槽水は少なくとも1年に1回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認していますか。 （高齢者施設は、年2回以上が望ましい） 1回目：時期 _____ 結果 _____ 2回目：時期 _____ 結果 _____ ④消毒、換水、清掃の記録を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 施設内の適温の確保に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) シーツ交換は、週1回以上行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 清潔リネン庫に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置かないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 医薬品及び医療用具の管理は適切ですか。 ①医薬品は、施錠のできる場所に保管されていますか。 ②医務室の職員が不在になるときは、出入口を施錠していますか。 ③冷蔵庫に医薬品と食品が混在しないよう配慮していますか。 ④医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険を伴うものについては、管理責任者を定めていますか。 （向精神薬については、医薬品受払簿を整備することが望ましい。） ⑤医薬品、薬剤の取扱いにおいて誤薬・誤飲防止等の入所者に対する安全対策を講じていますか。 （入所者への与薬に関するマニュアル等の作成）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 感染症予防の必要な措置を講じていますか。 ①感染症マニュアルを整備していますか。 ②感染症マニュアルに以下の項目が規定されていますか。 <input type="checkbox"/> ノロウイルス（感染性胃腸炎） <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 <input type="checkbox"/> 疥癬虫（疥癬） <input type="checkbox"/> 薬剤耐性菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザウイルス <input type="checkbox"/> 結核菌（結核） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> レジオネラ（肺炎） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ③感染症マニュアルの内容を職員に周知していますか。 ④特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌（O-157等）感染症対策、レジオネラ症対策等について、別途通知等に基づき適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>⑤職員が入所者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告し、施設長は必要な指示を行う体制を整えていますか。</p> <p>⑥共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしていますか。 (職員、入所者共)</p> <p>⑦手指消毒薬剤又は消毒器を設置していますか。</p>	□	□	□	□	□
	<p>(12) 感染症または食中毒が発生し、又はまん延しないように以下のような必要な措置を講ずるよう努めていますか。</p> <p>①感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置していますか。</p> <p>②委員会は概ね3月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じて随時開催し、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。</p> <p>③専任の感染対策を担当する職員（看護師が望ましい）を決めていますか。 委員会の構成メンバー () 人数 ____人 開催頻度 ____回/____ 記録の有無 有・無 感染症対策担当者 職種 _____</p> <p>※ 委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p> <p>※ 委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。</p> <p>④感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針が整備されていますか。</p> <p>⑤当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応が規定されていますか。 ※ それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照してください。</p> <p>⑥感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を、年2回以上開催していますか。</p>	□	□	□	□	□

項目	内 容	できて いる	一部 できて いる	でき てい ない	分 か ら な い	該 当 無															
※令和6年3月31日までの間は努力義務	研修実施状況																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>研修日</th> <th>研 修 内 容</th> <th>研修区分</th> <th>参 加 職 種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>内部・外部</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	研修日	研 修 内 容	研修区分	参 加 職 種			内部・外部				内部・外部				内部・外部					
	研修日	研 修 内 容	研修区分	参 加 職 種																	
			内部・外部																		
			内部・外部																		
		内部・外部																			
※業務委託業者に対する指針の周知 → 実施・未実施																					
(13) 平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応についての訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<p>※訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施してください。</p> <p>訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。</p>																					
(14) 次の場合、市町村等に迅速に感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
①同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
②同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全入所者の半数以上発生した場合。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
③上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
(15) 食中毒（0-157含む）及び感染症予防について必要に応じ保健所の助言、指導を求めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
32 掲示	(1) 施設内の見やすい場所に、以下の重要事項を掲示していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
※ 重要事項を記載した書面（ファイル等）を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。																					
①運営規程の概要		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
②従業員の勤務体制		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
③事故発生時の対応		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
④苦情処理の体制		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
⑤提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無																
	⑥その他のサービスの選択に関する重要事項 〔※主な事項を記載〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(2) 入所者の手の届く可能性のある掲示物に押しピンを使用していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
33 協力病院	(1) ①入院治療を必要とする入所者のために、協力病院を定めていますか。 ※協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>診療科目</th> <th>搬送時間</th> <th>病床数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>分</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>分</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>分</td> <td>床</td> </tr> </tbody> </table>	名称	診療科目	搬送時間	病床数			分	床			分	床			分	床					
名称	診療科目	搬送時間	病床数																			
		分	床																			
		分	床																			
		分	床																			
	②入所者の入院や休日夜間等の対応について取り決めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	③施設から近接した病院を確保していますか。 (自動車等で20分程度を目安)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(2) 協力歯科医療機関を定めていますか。 ※協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>訪問の有無</th> <th>施設からの距離</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>有・無</td> <td>km</td> </tr> <tr> <td></td> <td>有・無</td> <td>km</td> </tr> </tbody> </table>	名称	訪問の有無	施設からの距離		有・無	km		有・無	km												
名称	訪問の有無	施設からの距離																				
	有・無	km																				
	有・無	km																				
34 秘密保持等	(1) 従業者に対し、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(2) 従業者が退職後においても、正当な理由なく、当該秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。 ■秘密保持のための措置の内容 ・従業者に対する措置の内容 (口頭、就業規則、誓約書、その他()) ・退職者に対する措置の内容 (口頭、就業規則、誓約書、その他())	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(3) 居宅介護支援事業者等に対し、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(4) 個人情報保護のための体制づくりがなされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(5) 個人情報保護のために職員への意識啓発、教育を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	(6) 記録類は鍵のかかる部屋に保管して施錠するなどプライバシー保護に配慮していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(7) 居室やナースステーションの表示等はプライバシーが十分に配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 広告	広告の内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	(1) 居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益供与を行っていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 居宅介護支援事業者またはその従業者から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を收受していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 苦情処理	(1) 相談窓口（当該施設、市町村、国保連合会）、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を施設内に掲示していますか。 苦情解決責任者：職名：_____ 氏名：_____ 苦情対応担当者：職名：_____ 氏名：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 苦情を受けた場合には、苦情の内容等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該市町村からの求めがあった場合には、上記についての改善の内容を報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 入所者からの苦情に関して、国保連が行う調査に協力するとともに、国保連から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、上記についての改善の内容を報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 第三者委員（オンブズマン）を設置し、苦情解決に努めていますか。 ※置いている場合は「できている」に、置いていない場合は「できていない」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
38 事故発生の防止及び発生時の対応	<p>(1) 事故の発生または再発を防止するため、次に定める措置を講じていますか。</p> <p>ア 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。</p> <p>イ 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、事実が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。</p> <p>ウ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。</p> <p>エ ア～ウに掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(1) 事故発生の防止のための指針に下記の項目が規定されていますか。</p> <p>①施設における介護事故の防止に関する基本的考え方</p> <p>②介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項</p> <p>③介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針</p> <p>④施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくことと介護事故に結びつく可能性が高いものの報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針</p> <p>⑤介護事故等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>⑦その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事実の報告および分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底されていますか。</p> <p>a 介護事故等について報告するための様式を整備すること。</p> <p>b 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、様式に従い、介護事故等について報告すること。</p> <p>c 事故発生の防止のための委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。</p> <p>d 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。</p> <p>e 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。</p> <p>f 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 事故発生の防止のための委員会を設置し、専任の安全対策を担当する者を決めていますか。</p> <p>※事故防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(4) 当該委員会は例えば、管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等、幅広い職種により構成されていますか。 ※他の委員会と独立して設置・運営することが必要ですが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。	□	□	□	□	□
	(5) 事故発生の防止のための研修を、年2回以上開催していますか。	□	□	□	□	□
	(6) 事故発生時は、速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	□	□	□	□	□
	(7) 事故の状況、その背景及び事故に際して採った処置について記録していますか。	□	□	□	□	□
	(8) 賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行えるよう体制（保険加入、積立金）をとっていますか。	□	□	□	□	□
	(9) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止策を講じていますか。	□	□	□	□	□
	(10) 事故対応マニュアル、又はそれに準ずるものを整備していますか。	□	□	□	□	□
	(11) 事故対応マニュアル等は全ての職員に周知が図られていますか。	□	□	□	□	□
39 会計の区分	事業ごとに経理を区分するとともに、施設サービスの事業の会計とその他の事業との会計を区分していますか。	□	□	□	□	□
40 地域との連携	(1) 入所者、入所者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置していますか。	□	□	□	□	□
	(2) 運営推進会議に対し活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を、おおむね2か月に1回以上設けていますか。 ※ 運営推進会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この場合において、利用者等が当該運営推進会議に参加するときは、指定地域密着型通所介護事業者は、テレビ電話装置等の活用について、当該利用者等の同意を得なければなりません。	□	□	□	□	□
	(3) ①運営推進会議の記録を作成するとともに、その記録を公表していますか。 ②運営推進会議の記録は、2年間保存していますか。	□	□	□	□	□
	(4) 施設の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。	□	□	□	□	□
	(5) 入所者からの苦情に関して、市町村が派遣する介護相談員の受け入れのほか、や広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業に協力するよう努めていますか。	□	□	□	□	□
41 記録の整備	(1) ①従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備していますか。 ②記録者は特定できますか。	□	□	□	□	□

項 目	内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	分 か ら な い	該 当 無
	<p>③各記録が鉛筆書ではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものであるとしていますか。</p> <p>(2) 入所者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間（提供した施設サービスの具体的な内容等の記録については当該サービスを提供した日から5年間）保存していますか。</p> <p>①地域密着型施設サービス計画書</p> <p>②提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p>③健康管理の記録等</p> <p>④緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録</p> <p>⑤基準省令第157条において準用される第3条の26に係る市町村への通知に係る記録</p> <p>⑥苦情の内容の記録</p> <p>⑦事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録</p> <p>⑧入所選考委員会（入所の選考に係る事務を行うための合議制の委員会）の議事録</p> <p>※なお、医師の診療録は5年</p>	□	□	□	□	□
42 変更の届出等	<p>以下の事項に変更があったときは、10日以内にその旨を堺市長に届け出ていますか。</p> <p>①施設の名称及び開設の場所</p> <p>②開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名</p> <p>③開設者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る）</p> <p>④地域密着型サービス基準第131条第4項に規定する本体施設がある場合にあつては、当該本体施設の概要並びに施設と当該本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間</p> <p>⑤併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要</p> <p>⑥建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要</p> <p>⑦施設の管理者の氏名、生年月日及び住所</p> <p>⑧運営規程</p> <p>⑨協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容（協力歯科医療機関の名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）</p> <p>⑩役員の氏名、生年月日及び住所</p> <p>⑪介護支援専門員の氏名及びその登録番号</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>③ 虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発とともに虐待の防止の徹底を行うため「虐待の防止のための従業者に対する研修」を行っていますか。 ※定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。</p> <p>④ 事業所における虐待を防止するための体制として、上記①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置いていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>44 電磁的記録等</p> <p>※個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p>	<p>① 作成、保存その他これらに類するもののうち、書面で行うことが規定され、又は想定されるもの（被保険者証に関するものを除く。）については、書面に代えて、次に掲げる書面に係る電磁的記録により行っていますか。</p> <p>② 交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定され、又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、次に掲げる電磁的方法により行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>45 介護職員によるたん吸引等の取扱い</p>	<p>(1) 看護職員との連携のもと、介護職員による口腔内のたんの吸引等を実施していますか。</p> <p>(2) 介護職員による口腔内のたんの吸引等を実施している場合、登録特定行為事業者としての登録をしていますか。 (していない場合は(3)へ)</p> <p>※登録している場合は以下の書類があることを確認してください。 ①登録番号のわかる書類（登録特定行為事業者登録の受理通知） ②認定特定行為業務従事者認定をうけた介護職員の名簿 ③上記②の介護職員について認定証（原本又は写し） ※②と③の不一致があれば、登録特定行為事業者登録の変更、認定特定行為業務従事者の追加認定申請等が必要な場合があります。</p> <p>(3) 介護職員による口腔内のたんの吸引等を実施している場合であって、登録特定行為事業者としての登録をしていない場合は、必要であると考えられる以下の条件を踏まえ行っていますか。</p> <p>①入所者（入所者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、口腔内のたんの吸引等の実施について特別養護老人ホームに依頼し、当該施設の組織的対応について施設長から説明を行い、理解を得た上で当該施設の介護職員が当該行為を行うことについて書面により同意を得ていますか（同意を得ていることがわかる記録がありますか）。</p> <p>②配置医師から看護職員に対し、書面による必要な指示がなされていますか（配置医師からの指示書等がありますか）。</p> <p>③看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が連携・協働して実施を進めていますか（連携・協働体制が定められていますか）。</p>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	④配置医師、看護職員及び介護職員の参加の下、口腔内のたんの吸引等が必要な入所者ごとに、個別具体的な計画及び技術の手順書が作成されていますか（当該入所者ごとにマニュアル等が作成されていますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤施設内で看護師等が研修・指導を行う等により看護職員及び実施に当たる介護職員が必要な知識・技術に関する研修を受けていますか（府社協・看護協会等の実施する指導看護師養成研修の修了者がいますか、施設内研修の実施記録が残されていますか）。 ※介護職員に対する研修については、介護職員の経験等も考慮して柔軟に行って差し支えないものの、国が行ったモデル事業においては、12時間の研修を受けた看護師が、施設内で14時間の研修を行ったところであり、入所者の安全を図るため、原則として同等の知識・技術に関する研修であることが必要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥口腔内のたんの吸引等については、承認された介護職員が承認された行為のみ行っていますか（実施日・実施内容・担当者等の記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦当該入所者に関する口腔内のたんの吸引等について、配置医師、看護職員及び介護職員の参加の下、技術の手順書が整備されていますか（マニュアル作成に係る委員会等が開催され、配置医師、看護職員及び介護職員が参加（関与）していますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧施設長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、施設長の統括の下で、関係者からなる施設内委員会を設置していますか（組織図等において体制が定められていますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨看護職員が適正に配置され、入所者に対する個別の口腔内のたんの吸引等に関与するだけでなく、看護師による介護職員への施設内研修、技術指導など、施設内の体制整備に看護職員が関与することが確保されていますか（全てにおいて看護職員が関与できる体制になっていますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩実施に当たっては、非医療関係者である介護職員が口腔内のたんの吸引等を行うことにかんがみ、施設長は介護職員の希望等を踏まえるなど十分な配慮をしていますか（一律に介護職員全員を承認していますか、希望によって承認していない介護職員がいますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪入所者の健康状態について、施設長、配置医師、主治医（別途主治医がいる場合に限る）、看護職員、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされているとともに、それぞれの責任分担が明確化されていますか（役割等が明確に定められている組織図等がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑫特別養護老人ホームにおいて行われる口腔内のたんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備され、適宜更新されていますか（マニュアルが整備され、必要に応じて更新されていますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑬指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
口腔内のたんの吸引について	⑭ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医師、看護職員、介護職員等の参加の下で、定期的な実施体制の評価、検証を行っていますか（評価、検証を行っていることがわかる記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑮緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医師・看護職員との連絡体制が構築されていますか（緊急時対応マニュアル・連絡体制が整備されており、それに基づいた訓練の記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑯施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意していますか（マニュアル等に感染予防対策等が盛り込まれていますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑰医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていますか（緊急連絡網の整備や関係機関の連絡先の把握をしていますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔内のたんの吸引を実施する際には、以下のような標準的な手順で実施していますか。					<input type="checkbox"/>
	①入所者について、入所時及び状態が変化した時点において、 i) 口腔内のたんの吸引を、看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員とで協働して実施できるかを確認していますか（検討・判定記録等がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ii) 当該入所者について口腔内のたんの実施する介護職員について、看護職員との連携の下、配置医師が承認していますか（承認したことがわかる記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②毎朝又は当該日の第1回目の吸引実施時において、看護職員は、入所者の口腔内及び全身の状態を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認していますか（確認した結果の記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③当該日の第2回目以降の実施については、①で承認された介護職員は、口腔内を観察した後、以下の点に留意し、たん吸引を実施するとともに、実施後に入所者の状態を観察していますか（実施・観察等の記録がありますか）。 ○深く入りすぎないようにあらかじめチューブを挿入する長さを決めておく。 ○適切な吸引圧で、吸引チューブを不潔にしないように、吸引する。 ○吸引時間が長くならないようにするとともに、続けて吸引を実施する場合には、間隔を空けて実施する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
胃ろうによる経管栄養について	(1) 胃ろうによる経管栄養を実施する際には、以下のような標準的な手順で実施していますか。					<input type="checkbox"/>
	①入所者について、入所時及び状態が変化した時点において、 i) 胃ろうによる経管栄養を、看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員とで協働して実施できるかを確認の上実施していますか（検討・判定記録等がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ii) 当該入所者について胃ろうによる経管栄養を実施する介護職員について、看護職員との連携の下、配置医師が承認していますか（承認したことがわかる記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	②毎朝又は当該日の第1回目の実施時において、看護職員は、胃ろうの状態（び爛や肉芽や胃の状態など）を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認していますか（確認した結果の記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③看護職員は、チューブ等を胃ろうに接続し、注入を開始していますか（看護職員による実施の記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④介護職員は、楽な体位を保持できるように姿勢の介助や見守りを行っていますか（姿勢の介助や見守りの記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤介護職員は、注入終了後、微温湯を注入し、チューブ内の栄養を流し込むとともに、食後しばらく対象入所者の状態を観察していますか（観察の記録がありますか）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護職員と看護職員との役割分担は適切ですか（以下の項目については看護職員が行っていますか、看護職員による確認等の記録がありますか）。 ・胃ろうの状態に問題がないことの確認 ・栄養チューブ等と胃ろうの接続 ・注入開始（注入速度の設定及び開始時における胃腸の調子の確認を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第5 介護給付費の算定及び取扱い						
1 基本的事項（端数処理）	算定される単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
（入所などの日数の数え方）	(1) 入所の日数については、入所日及び退所日の両方を含めて、地域密着型介護サービス費を算定していますか。 ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 当該施設と短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合、当該施設へ入所した日は入所の日数に含め、退所した日は入所の日数に含めずに、地域密着型介護サービス費を算定していますか。 ①当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②当該施設と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地において相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 当該施設の入所者が、当該施設と次の位置関係にある病院又は診療所の医療保険適用病床（以下「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。）へ入院した場合、当該施設における入退所の日数は入所の日数に含めずに、地域密着型介護サービス費を算定していますか。 ①当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②当該施設と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地において相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
2 地域密着型介護福祉施設サービス費 (経過措置等)	(1) 居室の区分に応じて所定単位数を算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 従来型個室において、次の事項に該当する場合は、多床室の所定単位数を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
	①平成17年9月30日において、従来型個室に入所している者(ただし、特別な室料を支払っていない場合)で、同年10月1日以降引き続き従来型個室に入所しているもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの ※医師の判断が明確でないものは対象となりません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③居室の面積が10.65平方メートル以下に適合する従来型個室に入所する者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者 ※医師の判断が明確でないものは対象となりません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(夜勤職員)	(3) 夜間勤務職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(定員超過)	(4) 入所者数が定員を超過した場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数としていますか。 ・次の場合は、入所定員に100分の105を乗じて得た数(入所定員が40人を超える場合にあっては、入所定員に2を加えて得た数)までは減算が行われません。 ①市町村が行った措置による入所によりやむを得ず入所定員を超える場合 ②当該施設の入所者が入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときであって、その時点で当該施設が満床だった場合(当初の再入所予定日までの間に限る。) ・また、指定短期入所生活介護事業所の空床の特例利用の場合は、入所定員に100分の105を乗じて得た数までは、減算が行われません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(人員欠如)	(5) 定員の超過は、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消するように努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 介護・看護職員の総数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70の相当する単位数としていますか。 ・人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合は、その翌月から入所者の全員について所定単位数が減算されます。 ・1割の範囲内で減少した場合は翌々月から所定単位数が減算されます。(翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 看護職員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数としていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<ul style="list-style-type: none"> ・人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合は、その翌月から入所者全員について減算されます。 ・1割の範囲内で減少した場合は翌々月から所定単位数が減算されます。(翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。) 					
	(8) 介護支援専門員の員数に欠員が生じた場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数としていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・欠員が生じた場合は、その翌々月から所定単位数が減算されます。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ユニットケア体制	ユニット型介護老人福祉施設において、施設基準を満たさない場合、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数としていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ・ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 ※減算については、ある月(暦月)において基準を満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されます。(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 特定入所者介護サービス費	(1) 居住費及び食費におけるを負担限度額の範囲内で徴収する場合に限って当該費用を請求していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 負担限度額認定者であるものの、居住費又は食費についていずれかを負担限度額を超えて徴収している場合は、当該費用を請求していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 居住費又は食費について負担限度額よりも低い額で徴収する場合、基準費用額と負担限度額との差額で請求していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入院または外泊時に居住費を入所者から徴収する場合(短期入所生活介護未利用)で、当該費用を請求するときは、当該外泊時費用算定期間内となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 入院または外泊中の初日又は最終日に食事の提供を行わなかった場合、負担限度額認定証の交付を受けた者の当該日に係る補足給付を請求していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 身体拘束廃止未実施減算	(1) 指定地域密着型サービスの人員、設備及び運営に関する基準第137条第5項(162条第7項)の記録及び同条第6項(同条第8項)に規定する措置を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 上記の記録を行っていない事実が生じた場合に、次の事項を行っていますか。 ①速やかに改善計画を堺市長に提出している。 ②改善計画提出後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を堺市長に報告している。 ③上記①・②の手続きを行った上で、事実が生じた月の翌月から改善が見込まれた月までの間、入所者全員について、1日につき所定単位数から5単位を減算している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
6 安全管理体制未実施減算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、安全管理体制未実施減算として、1日につき所定単位数を減算していますか。</p> <p>【厚生労働大臣が定める施設基準】</p> <p>(1) 事故が発生した場合の対応、(2)に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。</p> <p>(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。</p> <p>(3) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。</p> <p>(4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 日常生活継続支援加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、栄養管理に係る減算として、1日につき所定単位数を減算していますか。</p> <p>(1) 条例で定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること。</p> <p>(2) 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていること。</p> <p>(1) 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>日常生活継続支援加算（Ⅰ） 36 単位 ※従来型</p> <p>日常生活継続支援加算（Ⅱ） 46 単位 ※ユニット型</p> <p>【厚生労働大臣が定める施設基準】</p> <p>イ 日常生活継続支援加算（Ⅰ）を算定すべき指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の施設基準</p> <p>(1) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。</p> <p>(2) 次のいずれかに該当すること。</p> <p>a 算定日の属する月の前 6 月間又は前 12 月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護 4 又は要介護 5 の者の占める割合が 100 分の 70 以上であること。</p> <p>b 算定日の属する月の前 6 月間又は前 12 月間における新規入所者の総数のうち、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である者の占める割合が 100 分の 65 以上であること。</p> <p>c 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）第 1 条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の 100 分の 15 以上であること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(3) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。 ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が7又はその端数を増すごとに1以上となっていること。</p> <p>a 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複数種類使用していること。</p> <p>b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント及び入所者の身体の状況等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。</p> <p>c 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の安全及びケアの質の確保 ・職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ・介護機器の定期的な点検 ・介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□ 日常生活継続支援加算(Ⅱ)を算定すべき指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の施設基準					
	(1) ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) イ(2)から(4)までに該当するものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※当該加算を算定する場合にあっては、サービス提供体制強化加算は算定できません。					
8 看護体制加算	<p>●看護体制加算(Ⅰ) 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき【イ 12単位】【ロ 4単位】を加算していますか。</p> <p>(1) ①【イ】…地域密着型介護福祉施設サービス費又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。</p> <p>②【ロ】…経過的地域密着型介護福祉施設サービス費又はユニット型経過的地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。</p> <p>(2) 常勤の看護師を1名以上配置していること。</p> <p>(3) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。</p>					<input type="checkbox"/>
	(1) ①【イ】…地域密着型介護福祉施設サービス費又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②【ロ】…経過的地域密着型介護福祉施設サービス費又はユニット型経過的地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 常勤の看護師を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>●看護体制加算（Ⅱ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき【イ 23単位】【ロ 8単位】を加算していますか</p> <p>(1) ①【イ】…地域密着型介護福祉施設サービス費又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。</p> <p>②【ロ】…経過的地域密着型介護福祉施設サービス費又はユニット型経過的地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。</p> <p>(2) 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置していること。</p> <p>(3) 当該看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。</p> <p>①管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。</p> <p>②管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。</p> <p>③施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①及び②の内容が周知されていること。</p> <p>④施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。</p> <p>(4) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。</p>					□
<p>9 夜勤職員配置加算 (Ⅰ) イ・ロ (Ⅱ) イ・ロ (Ⅲ) イ・ロ (Ⅳ) イ・ロ</p>	<p>次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>I（従来型） イ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 41単位 ロ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 13単位</p> <p>II（ユニット型） イ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 46単位 ロ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 18単位</p> <p>◎夜勤時間帯を書いてください。 【夜勤時間帯】（ : ）～（ : ）</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【夜勤職員配置加算（Ⅰ）（Ⅱ）基準】</p> <p>○厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第29号）に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の介護職員又は看護職員を配置していること。ただし、次の（a）又は（b）に定める数以上であること。</p> <p>（a）次に掲げる要件のいずれにも適合している場合、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守り機器を、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者の数の10分の1以上の数設置していること。 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。 <p>（b）次に掲げる要件のいずれにも適合している場合、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の6を加えた数（ただし、10分の8の場合もあり）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者の数以上設定していること。 ・夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。 ・見守り機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 ・夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保 ・夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ・見守り機器等の定期的な点検 ・見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修 	□	□	□	□	□
	<p>Ⅲ（従来型）</p> <p>イ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 56単位</p> <p>ロ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 16単位</p> <p>Ⅳ（ユニット型）</p> <p>イ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 61単位</p> <p>ロ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定 21単位</p>					
	<p>【夜勤職員配置加算（Ⅲ）（Ⅳ）基準】</p> <p>次のいずれも満たすこと。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>○厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第29号）に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の介護職員又は看護職員を配置していること。ただし、次の（a）又は（b）に掲げる場合は、当該（a）又は（b）に定める数以上であること。</p> <p>（a）次に掲げる要件のいずれにも適合している場合、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守り機器を、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者の数の10分の1以上の数設置していること。 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。 <p>（b）次に掲げる要件のいずれにも適合している場合、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の6を加えた数（ただし、10分の8の場合もあり）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者の数以上設定していること。 ・夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。 ・見守り機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 ・夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保 ・夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ・見守り機器等の定期的な点検 ・見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修 <p>○夜勤時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務の登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 準ユニットケア加算	<p>下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき5単位を加算していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 12人を標準とする単位として、施設サービスを行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 入所者のプライバシーの確保に配慮した居室を整備するとともに、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けていますか。</p> <p>※「個室的なしつらえ」とは、可動でないもので隔てることまでを要するものではありませんが、視線が遮断されることを前提とします。建具による仕切りは認められていますが、家具やカーテンによる仕切りでは不可となります。また、天井から隙間が空いていることは認められています。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(3) 次の①から③までに掲げる基準に従い人員を配置していますか。</p> <p>①日中については、準ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>②夜間及び深夜において、2準ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。</p> <p>③準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。</p>	□	□	□	□	
11 生活機能向上 連携加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、基準に掲げる区分に従い、(1)については、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき、(2)については1月につき、単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。</p> <p>また、個別機能訓練加算を算定している場合は、(1)は算定せず、(2)は1月につき所定単位数に算定していますか。</p>	□	□	□	□	□
	(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位	□	□	□	□	□
	(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位	□	□	□	□	□
	【別に厚生労働大臣が定める基準】					
	<p>イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)</p> <p>次のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下「理学療法士等」という。)の助言に基づき、当該指定特定施設、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設又は指定介護老人福祉施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>ロ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 次のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 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理学療法士等が、当該指定特定施設、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設又は指定介護老人福祉施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。</p>	□	□	□	□	□
12 個別機能訓練加算	<p>(1) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置しているものとして市長に届け出た地域密着型特定施設において、利用者に対して、機能訓練指導員、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、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合には、個別機能訓練加算(1)として、所定単位数に加算していますか。</p>					□
	※ 個別機能訓練加算(1)	□	□	□	□	□
	① 個別機能訓練加算は、機能訓練指導員、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、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練(以下「個別機能訓練」という。)について算定すること。	□	□	□	□	□
	② 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者を1名以上配置して行うものであること。	□	□	□	□	□
	③ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、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、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。なお、地域密着型介護老人福祉施設においては、個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型介護老人福祉施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。	□	□	□	□	□
	④ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録すること。 利用者に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者の同意を得なければなりません。なお、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。	□	□	□	□	□
	⑤ 個別機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該地域密着型特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(2) 個別機能訓練(I)を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算(II)を加算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ADL維持等加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た地域密着型特定施設において、利用者に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合は、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。)の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) ADL維持等加算(I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 評価対象者(当該事業所又は当該施設の利用期間(②において「評価対象利用期間」という。)が6月を超える者をいう。以下同じ。)の総数が10人以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(以下「評価対象利用開始月」という。)と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月)においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値(以下「ADL利得」という。)の平均値が1以上ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) ADL維持等加算(II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① (1)の①②の要件を満たしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>② 評価対象者のADL利得の平均値が2以上ですか。</p> <p>※ ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index を用いて行うものとする。</p> <p>※ 厚生労働省へのADL値の提出は、LIFEを用いて行うこととする。</p> <p>※ ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値とする。</p> <p>※ ADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位100分の10に相当する利用者（その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）及び下位100分の10に相当する利用者（その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）を除く利用者（以下この(8)において「評価対象利用者」という。）とします。</p> <p>※ 他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者については、リハビリテーションを提供している当該他の施設や事業所と連携してサービスを実施している場合に限り、ADL利得の評価対象利用者を含めるものとします。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 若年性認知症入所者受入体制	<p>(1) 若年性認知症入所者に対して指定地域密着型介護福祉施設サービスを行った場合、若年性認知症入所者受入加算として、1日につき120単位を加算していますか。</p> <p>(2) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、当該加算を算定しないようにしていますか。</p> <p>(3) 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 常勤医師配置加算	常勤専従の医師を1名以上配置している場合、1日につき25単位を加算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 精神科医による療養指導加算	<p>認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占める施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月2回以上行われている場合、1日につき5単位を加算していますか。</p> <p>※認知症である入所者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が認知症と診断した者 ・ 旧措置者は「認知症高齢者介護加算」の対象に該当している場合 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
17 障害者生活支援体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者生活支援体制加算(Ⅰ) 視覚、聴覚もしくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者（以下「視覚障害者等」という。）である入所者の数が 15 以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が 100 分の 30 以上の施設において、視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者を常勤専従の障害者生活支援員として 1 名以上（視覚障害者等の数が 50 を超える施設は、常勤専従の障害者生活支援員を 1 名以上配置し、かつ障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等の数を 50 で除した数以上）配置している場合、1 日につき 26 単位を加算していますか。 ・ 障害者生活支援体制加算(Ⅱ) 視覚障害者等である入所者の占める割合が 100 分の 50 以上である指定介護老人福祉施設において、障害者生活支援員であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを 2 名以上（視覚障害者等である入所者の数が 50 を超える指定介護老人福祉施設にあっては、専らその職務に従事する常勤の障害者生活支援員を 2 名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を 50 で除した数に 1 を加えた数以上）配置している場合、1 日につき 41 単位を加算していますか。 	□	□	□	□	□
18 入院・外泊時の取扱い	<p>(1) 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1 月に 6 日（1 回の入院又は外泊で月をまたがる場合は最大で 12 日）を限度として、所定単位数に代えて 1 日につき 246 単位を算定していますか。 ※「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族との旅行に行く場合の宿泊等も含まれます。</p> <p>(2) 当該費用の算定に当たり、入院又は外泊期間の初日と最終日を含まずに算定していますか。</p> <p>(3) 外泊期間中にそのまま退所した場合は、退所した日についても当該費用を算定していますか。</p> <p>(4) 入所者の入院又は外泊の期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供する場合、当該入所者から同意を得ていますか。</p> <p>(5) 入所者の入院又は外泊の期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供した場合、当該費用を算定しないようにしていますか。</p> <p>(6) 外泊期間中にそのまま併設医療機関（同一敷地内等の医療保険適用病床）に入院した場合には、当該費用を算定しないようにしていますか。 ※「併設医療機関（同一敷地内等の医療保険適用病床）」とは「1 基本的事項(入所等の日数の数え方)」の「(3)」を参照してください。</p> <p>(7) 併設医療機関（同一敷地内等の医療保険適用病床）に入院した場合、外泊時費用を算定しないようにしていますか。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
19 外泊時在宅サービス利用の費用	(1) 入所者に対して居宅における外泊を認め、指定介護老人福祉施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
	(2) 当該費用の算定に当たり、入院又は外泊期間の初日と最終日を含まずに算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討した上で、当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を当該施設の介護支援専門員が作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 入所者の外泊期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供する場合、当該入所者から同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 入所者の外泊期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供した場合、当該費用を算定しないようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 初期加算	(1) 入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき30単位を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
	(2) 当該入所者が過去3月間の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定していますか。(ただし、認知症の自立度判定基準によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は過去1月間)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 30日を超える病院又は診療所への入院後に再び入所した場合に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該施設の短期入所生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合(短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。)は、入所直前の短期入所生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 再入所時栄養連携加算	下記基準に適合し、届け出ている場合、入所者1人につき1回を限度として200単位を加算していますか。 ※ 栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定できません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【別に厚生労働大臣が定める基準】 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※ 地域密着型介護老人福祉施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに二次入所した場合を対象とします。</p> <p>なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいいます。</p> <p>※ 当該地域密着型介護老人福祉施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成します。</p> <p>※ 指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。ただし、当該者又はその家族が参加する場合にあつては、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければなりません。</p> <p>なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。</p> <p>※ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定します。</p>					
22 退所時等相談援助加算	<p>※「入所期間が1月を超える」とは、民法の規定を準用します。ただし、入所の日数については算定基準及び留意事項において「原則として入所棟した日及び退所等した日の両方を含む」と規定されていることから入所初日が起算日となります。期間の満了は民法の規定により起算日の応答する日の前日となるため、例えば、3月1日入所の1月を超える日とは4月1日以降となります。(以下、特別の規定のない期間計算は同様の取扱いになります。【介護保険法第201条、民法第138～143条】)</p>					
ア 退所前訪問相談援助加算	<p>(1) 入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、入所者及び家族等に対して退所後の相談援助を行った場合に、入所中1回(入所後早期に退所前相談援助の必要があると認められる入所者の場合は2回)を限度として460単位を算定していますか。</p> <p>(2) 入所後早期に退所に向けた訪問相談援助の必要があると認められる入所者で、2回の訪問相談援助を行う場合には、1回目は退所を念頭においた施設サービス計画の策定に当たって行われるもので、2回目は退所後在宅又は社会福祉施設等における生活に向けた最終調整を目的として行われていますか。</p> <p>(3) 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、退所先が居宅である場合と同様に算定していますか。</p> <p>※他の社会福祉施設等とは、病院、診療所及び介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)を含まず、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスを含む。(以下、退所時指導等加算については同様の取扱い)</p>					□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(4) 当該加算について、次の場合には算定しないようにしていますか。</p> <p>①退所して病院又は診療所へ入院する場合</p> <p>②退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）へ入所又は入院する場合</p> <p>③死亡退所の場合</p>	□	□	□	□	
	<p>(5) 当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①退所日に算定している。</p> <p>②介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っている。</p> <p>③退所前訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行っている。</p> <p>④相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関して記録している。</p>	□	□	□	□	
イ 退所後訪問相談援助加算	<p>(1) 入所期間が1月を超える入所者の退所後 30 日以内に当該入所者の居宅を訪問し、入所者及び家族等に対して相談援助を行った場合に、退所後1回を限度として460単位を算定していますか。</p> <p>(2) 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整や情報提供を行ったときも、退所先が居宅である場合と同様に算定していますか。</p> <p>(3) 当該加算について、次の場合には算定しないようにしていますか。</p> <p>①退所して病院又は診療所へ入院する場合</p> <p>②退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）へ入所又は入院する場合</p> <p>③死亡退所の場合</p> <p>(4) 当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①訪問日に算定している。</p> <p>②介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っている。</p> <p>③退所後訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行っている。</p> <p>④相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関して記録している。</p>					□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
ウ 退所時相談援助加算	<p>(1) 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、当該入所者の同意を得て、退所の日から2週間以内に当該入所者の退所後の居宅地を管轄する市町村及び老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センターに対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、入所者1人につき1回を限度として400単位を算定していますか。</p> <p>(2) 退所時相談援助の内容には、次の事項が含まれていますか。</p> <p>①食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助</p> <p>②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助</p> <p>③家屋の改善に関する相談援助</p> <p>④退所する者の介助方法に関する相談援助</p> <p>(3) 当該加算について、次の場合には算定しないようにしていますか。</p> <p>①退所して病院又は診療所へ入院する場合</p> <p>②退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）へ入所又は入院する場合</p> <p>③死亡退所の場合</p> <p>(4) 当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っている。</p> <p>②退所時相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行っている。</p> <p>③相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関して記録している。</p>					□
エ 退所前連携加算	<p>(1) 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として500単位を算定していますか。</p>					□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(2) 当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス利用の調整を行った結果、入所者及びその家族において最終的に当該サービスを利用しないこととなった場合でも算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 当該加算について、次の場合には算定しないようにしていますか。 ①退所してグループホームを利用する場合 ②退所して病院又は診療所へ入院する場合 ③退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）へ入所又は入院する場合 ④死亡退所の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っていますか。 ①退所日に算定している。 ②介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っている。 ③連携を行った日及び連携の内容の要点に関して記録している。 ④在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者については、最初の在宅期間に移るときにのみ算定している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23 栄養マネジメント強化加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算していますか。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定できません。 【別に厚生労働大臣が定める基準 イ 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して第65の3号得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあつては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していること。 ロ 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。 ハ ロに規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	ニ 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ホ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに上記基準を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものです。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	② 上記基準に規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとします。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできません。また、給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件としますが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当します。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	イ 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ロ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4に基づき行ってください。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応としてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行ってください。					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	イ 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。					
	ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。	□	□	□	□	
	ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。	□	□	□	□	
	ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。	□	□	□	□	
	⑤ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応してください。	□	□	□	□	
	⑥ 大臣基準第 65 号の 3 に規定する厚生労働省への情報の提出については、L I F E を用いて行うこととする。L I F E への提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照してください。 サービスの質の向上を図るため、L I F E への提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（P D C A サイクル）により、サービスの質の管理を行ってください。 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものです。	□	□	□	□	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
24 経口移行加算 栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定できません。	(1) 以下の基準を満たす場合で、1日につき28単位を算定していますか。					□
	①現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象としている。	□	□	□	□	
	②当該栄養管理及び支援が必要であるとした医師の指示が、診療録等に記載されている。	□	□	□	□	
	③医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成している。 ※施設サービス計画に経口移行計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができます。	□	□	□	□	
	④経口移行計画について、栄養マネジメント加算を算定している入所者にあつては、栄養ケア計画と一体のものとして作成している。	□	□	□	□	
	⑤作成した経口移行計画について、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ている。	□	□	□	□	
	⑥経口移行計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施している。	□	□	□	□	
	⑦算定期間は、経口からの食事が可能となり、経管による食事摂取を終了した日までの間とするが、入所者又はその家族の同意を得た日から180日以内となっている。	□	□	□	□	
	⑧入所者又はその家族の同意を得た日から180日を超えて実施する場合は、経口による食事摂取が一部可能な者であつて、概ね2週間毎の医師の指示に基づき、継続して経口による食事摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合に限っている。	□	□	□	□	□
	⑨継続して当該栄養管理及び支援が必要であること及び概ね2週間毎の医師の指示が、診療録等に記載されている。	□	□	□	□	
	⑩180日を超えて実施する場合に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ている。	□	□	□	□	
	⑪入所者が運営規程に定める定員の超過による減算を行っていない。	□	□	□	□	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>⑫人員欠如による減算を行っていない。</p> <p>(2) 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じることから、次の項目について確認した上で実施していますか。</p> <p>①全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。）。</p> <p>②刺激しなくても覚醒を保っていられること。</p> <p>③嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。）。</p> <p>④咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。</p> <p>(3) 当該加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算を算定していませんか。</p> <p>(4) 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じていますか。</p>	□	□	□	□	
25 経口維持加算	<p>下記の加算について算定していますか。</p> <p>(1) 経口維持加算(Ⅰ) 400 単位</p> <p>(2) 経口維持加算(Ⅱ) 100 単位</p> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p> <p>ロ 入所者の摂食・嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。</p> <p>ハ 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。</p> <p>ニ 食形態に係る配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。</p> <p>ホ 基準口からニまでについて医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施するための体制が整備されていること。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※ (1)については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合又は経口移行加算を算定している場合は算定できません。</p>					
	<p>※ (2)については、協力歯科医療機関を定めている指定地域密着型介護老人福祉施設が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であつて、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第1号に規定する医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算します。</p>					
①	<p>経口維持加算（Ⅰ）については、次に掲げるイからハまでの通り、実施していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>イ 現に経口により食事を摂取している者であつて、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。 ただし、歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。</p>					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>ロ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護においては、経口維持計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。</p> <p>② 経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第1号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。</p> <p>③ 経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一同に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。</p> <p>④ 管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。</p>					
26 口腔衛生管理加算	<p>(1) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。</p> <p>(1) 口腔衛生管理加算（Ⅰ） 90 単位 (2) 口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110 単位</p> <p>【厚生労働大臣が定める基準】 イ 口腔衛生管理加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>					□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、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。 ※厚生労働省への情報の提出及び活用については、LIFE を用いて行うこととする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ 口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導した場合において、当該利用者ごとに算定するものです。					
	※ 当該施設が口腔衛生維持管理加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うようにしてください。					
	※ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録(以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。)を作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供してください。					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行ってください。</p>					
	<p>※ 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合には算定できません。</p>	□	□	□	□	
27 療養食加算	<p>(1) 以下の基準を満たす場合に、1日につき3回を限度として、6単位を算定していますか。</p> <p>① 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されている。</p> <p>② 入所者の病状等に応じて、主治の医師により入所者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事せんに基づき、療養食を提供している。</p> <p>③ 当該療養食に係る献立表が作成されている。</p> <p>④ 医師の発行する食事せんには、当該入所者の年齢、身長、体重、病名、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食）及び特別な場合の検査食などの内容が記載されている。</p> <p>⑤ 入所者が運営規程に定める定員の超過による減算を行っていない。</p> <p>⑥ 人員欠如による減算を行っていない。</p>	□	□	□	□	□
	<p>(2) 当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。</p> <p>① 心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g以下の減塩食となっている。</p> <p>② 高脂血症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていない。</p> <p>③ 肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっている。</p> <p>④ 胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としている。</p> <p>⑤ 十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っている。</p> <p>⑥ クロウン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食についても対象としている。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
28 配置医師緊急時対応加算	<p>(1) 当該指定介護老人福祉施設の配置医師が当該指定介護老人福祉施設の求めに応じ、早朝（午前6時から午前8時まで）、夜間（午後6時から午後10時まで）又は深夜（午後10時から午前6時まで）に当該施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に、診療が行われた時間が早朝又は夜間の場合は1回につき650単位、深夜の場合は1回につき1,300単位を加算していますか。 ※診療の開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定すること。</p> <p>(2) 入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定していますか。 ※定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できません。ただし、医師が、死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りではありません。</p> <p>(3) 事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定していますか。</p> <p>(4) 施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録していますか。</p> <p>(5) 算定に当たっては、配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、24時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えていますか。</p> <p>(6) 看護体制加算(Ⅱ)を算定していますか。</p>					□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
29 看取り介護加算	<p>厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合は、各区分に応じた所定の単位数を加算していますか。</p> <p>看取り介護加算（Ⅰ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 （1 日につき） 72 単位 ・ 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 （1 日につき） 144 単位 ・ 死亡日の前日及び前々日 （1 日につき） 680 単位 ・ 死亡日 1280 単位 <p>看取り介護加算（Ⅱ）</p> <p>看取り介護加算（Ⅱ）は当該入所者が施設内で死亡した場合に限り算定すること。なお、看取り介護加算（Ⅰ）を算定している場合は算定しない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 （1 日につき） 72 単位 ・ 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 （1 日につき） 144 単位 ・ 死亡日の前日及び前々日 （1 日につき） 780 単位 ・ 死亡日 1580 単位 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【厚生労働大臣が定める施設基準】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>イ 看取り介護加算（Ⅰ）</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 常勤の看護師を 1 名以上配置して、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 (2) 看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていること。 (3) 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定地域密着型介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 (4) 看取りに関する職員研修を行っていること。 (5) 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。 <p>ロ 看取り介護加算（Ⅱ）</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当するものであること (2) イ (1) から (5) までのいずれにも該当するものであること。 					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が一般に認められている医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した者。 ・ 医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。 ・ 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。 <p>※死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関に入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には算定することはできない。</p>					
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、その旨を入所者又はその家族等（以下「入所者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、入所者等とともに、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、随時、入所者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援していくこととしていますか。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<ul style="list-style-type: none"> ・ PDCAサイクルにより、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくため、以下のような取組を行っているか。 イ 計画（Plan） 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにする。 ロ 実行（Do） 看取り介護の実施に当たり、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う。 ハ 評価（Check） 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う。 ニ 改善（Action） 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う。 なお、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに入所者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。 	□	□	□	□	□
	看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過等について、継続的な説明に努め、入所者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供していますか。	□	□	□	□	□
	看取り看護の実施に当たり、「看取りに関する指針」は管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、定めていますか。	□	□	□	□	□
	入所者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載していますか。	□	□	□	□	□
	入所者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が利用者の状態等に応じて随時、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると思われる場合には、看取り介護加算の算定は可能だが、この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、下記について介護記録に記載していますか。	□	□	□	□	□
	<ul style="list-style-type: none"> ①職員間の相談日時、内容等 ②入所者の状態 ③家族との連絡状況（家族と連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかった旨） 					
	なお、家族が入所者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、施設は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めること。	□	□	□	□	□
	終末期の身体症状の変化及び介護等についての記録等を介護記録に記載するとともに、医師、看護職員等による適切な情報共有を行っていますか。	□	□	□	□	□

項 目	内 容	で き て い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	分 か ら な い	該 当 無
	死亡日以前45日の範囲内であっても、退所や入院・外泊加算算定により、本体報酬が算定されない日について算定していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書で同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	多床室を有する施設については、看取りを行う際には個室又は静養室を利用することによりプライバシー及び家族への配慮の確保が可能となるようにしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 在宅復帰支援機能加算	<p>(1) 以下の基準に適合し、(2)～(4)を満たす場合、1日につき10単位を加算していますか。</p> <p>①算定日が属する月の前6月間において、当該施設から退所した者（在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く。）の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者（入所期間が1月間を超えていた者に限る。）の占める割合が2割を超えている。</p> <p>②退所者の退所した日から30日以内に、居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録している。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 入所者の家族との連絡調整を以下のとおり行っていますか。</p> <p>①入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して、退所後の居宅サービスその他の保険医療サービス又は福祉サービスについて次の相談援助を行っていますか。</p> <p>イ 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助</p> <p>ロ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言</p> <p>ハ 家屋の改善に関する相談援助</p> <p>ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助</p> <p>②また必要に応じて、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該加算の算定を行う場合には、その算定根拠となる関係書類を整備していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 在宅・入所相互利用加算	<p>(1) 以下の①、②をすべて満たしている者に対して、1日につき40単位算定していますか。</p> <p>複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間が3月を超えるときは、3月を限度とする。）を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(2) 在宅期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方が合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族などに対しその内容を説明し、同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3) また、次の事項を適切に行っていますか。</p> <p>①在宅・入所相互利用を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間については3月を限度とする）について、文書による同意を得ている。</p> <p>②施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームをつくっている。</p> <p>③当該支援チームは、必要に応じ随時（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、概ね1月に1回）カンファレンスを開いている。</p> <p>④カンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録している。</p> <p>⑤施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めている。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32 小規模拠点集合型施設加算	同一敷地内に複数のユニットを設けている施設において、5人以下のユニットに入所している入所者については、1日につき50単位を加算していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 認知症専門ケア加算	<p>●認知症専門ケア加算（Ⅰ）</p> <p>以下の基準を満たす場合に、1日につき3単位を算定していますか。</p> <p>(1) 入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。 ※「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指すものとする</p> <p>(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が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。 ※「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」を指すものとする</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(3) 当該施設において、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に開催している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	●認知症専門ケア加算（Ⅱ） 以下の基準を満たす場合に、1日につき4単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
	(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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の基準に加え1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ※加算対象となる者が10名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が1名配置されていれば認知症専門ケア加算Ⅱを算定できるものとする。 ※「認知症介護の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」及び「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「認知症介護指導者研修」を指すものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 当該施設における介護職員、看護職員毎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、研修を実施又は実施を予定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34 認知症行動・心理症状緊急対応加算	(1) 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、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
	(2) 当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。					
	①在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定している。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適切な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>④次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定していない。</p> <p>a 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>b 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又は入所中の者</p> <p>c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者</p> <p>⑤判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録している。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録している。</p> <p>⑥個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備している。</p> <p>⑦当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定している。</p>	□	□	□	□	
35 褥瘡マネジメント加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。</p>	□	□	□	□	□
褥瘡マネジメント加算（I）	<p>入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その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か。</p> <p>※評価は、国の示す様式を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。</p> <p>施設入所時の評価について、要件に適合しているものとして市に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行っているか。</p> <p>上記の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、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、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。</p> <p>褥瘡ケア計画を褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、国の示す様式を用いて、作成しているか。</p> <p>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又は利用者の状態について定期的に記録しているか。</p>	□	□	□	□	□

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	褥瘡ケア計画の見直しを褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	原則として入所者全員を対象として入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の要件を満たしているか。 ※上記(Ⅰ)の項目を確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	評価の結果、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、施設入所日の属する月の翌月以降に国の示す様式を用いて評価を実施し、当該月に国の示す様式にある持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合に、1月につき13単位を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)	令和3年3月31日において、令和3年度改定前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っていた施設について、改定後の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っていない場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※加算を算定するに当たっては、改定前の加算要件等を満たすこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)は令和4年3月31日までの経過措置である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	【排せつ支援加算(Ⅰ)】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合に、1月につき10単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにも関わらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由として、おむつへの排泄としていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならないことに留意のこと。					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	①入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込について、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※1 評価は別紙様式6を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの3月後の見込みについて実施すること。					
	※2 入所時の評価は、市に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うことし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所しているものについては、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。					
	※3 ※1, 2の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。また、医師と連携した看護師が※1の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談すること。					
	※4 厚生労働省への情報の提出及び活用については、LIFEを用いて行っているか。					
	②①の評価の結果、排泄に介護を要する入所者であって、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ものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所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、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成30年4月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。					
	※「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」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すると見込まれることをいう。					
	③①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【排せつ支援加算（Ⅱ）】 上記に加え、次のいずれかに適合した場合に、1月につき15単位を加算しているか。</p> <p>【排せつ支援加算（Ⅲ）】 上記に加え、次のいずれにも適合した場合に、1月につき20単位を加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>排せつ支援加算（Ⅱ）・・・いずれか適合すること。 排せつ支援加算（Ⅲ）・・・いずれも適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、施設入所時と比較して、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。 ・①の評価の結果、施設入所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者について、おむつを使用しなくなったこと。 					
	<p>支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を他職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>支援計画の作成に当たっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画となっていないか。 また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>要因分析及び支援計画の作成に関わる職種として、※1の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとしているか。また、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加えることとしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、以下を説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 排せつの状態及び今後の見込み <input type="checkbox"/> 支援の必要性 <input type="checkbox"/> 要因分析及び支援計画の内容 <input type="checkbox"/> 当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること <input type="checkbox"/> 支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できること 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>排せつ支援加算（Ⅰ）は、原則として入所者全員（排せつ支援（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>排せつ支援加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）のいずれかを算定している場合に、その他の排せつ支援加算を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【排せつ支援加算（Ⅳ）】 令和3年3月31日において、令和3年度改定前の排せつ支援加算に係る届出を行う施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるよう必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。</p>	□	□	□	□	□
37 自立支援促進加算	<p>・別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合、自立支援促進加算として、1月につき300単位を加算しているか。</p>	□	□	□	□	□
	<p>①医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進の為に必要な情報を活用しているか。</p>	□	□	□	□	□
	<p>※本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。</p>					
	<p>※医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、施留別紙様式7を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。</p>					
	<p>※厚生労働省への情報の提出及び活用については、LIFEを用いて行うこととする。</p>					
	<p>②①の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援計画を策定し、支援計画に沿ったケアを実施しているか。</p>	□	□	□	□	□
	<p>・支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式7を用いて、訓練の提供に係る事項（離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等）の全ての項目について作成しているか。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画は、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画となっていないか。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画の各項目は、原則として以下のとおり実施しているか。 <ul style="list-style-type: none"> a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。 b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。 c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。 d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。 e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。 f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、医学的評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望を確認して施設サービス計画の見直しを行うこと。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ③①の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。 <p>※支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ④医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加しているか。 ・原則として、入所者全員に算定しているか。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 科学的介護推進体制加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設が、介護老人福祉施設サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い、科学的介護推進体制加算として、1月につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ①科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40単位 ②科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 50単位 					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【別に厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）</p> <p>①入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>②必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、①に規定する情報その他サービス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こと。</p> <p>ロ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）</p> <p>①イ①に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>②必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イ①に規定する情報、イに規定する情報その他サービス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こと。</p> <p>※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。</p> <p>※入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならないこと。</p> <p>①入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。</p> <p>②サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。</p> <p>③LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。</p> <p>④検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。</p> <p>・原則として入所者全員に算定しているか。</p> <p>・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれかを算定している場合に、その他の科学的介護推進体制加算を算定していないか。</p>					
39 安全対策体制加算	<p>・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設が入所者に対し、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り20単位を加算しているか。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(3) 入所者等にサービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【参考】</p> <p>① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均値を用いる。 ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。</p> <p>② 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。</p> <p>③ ①ただし書きの場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録しておくこと。なお、所定の割合を下回った場合は、直ちに、加算の取り下げの届出を行うこと。</p> <p>④ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数とする。</p> <p>⑤ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。</p> <p>⑥ 当該事業所のサービスを利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員をいう。 ・日常生活継続支援加算を算定している場合に算定していないか。（特養のみ）</p>					
41 介護職員処遇改善加算	<p>以下の基準に適合し、届出ている場合、各区分に応じた単位数を算定しているか。</p> <p>※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定不可。</p> <p>イ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の83/1000に相当する単位数</p> <p>ロ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の60/1000に相当する単位数</p> <p>ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の33/1000に相当する単位数</p>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【イ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回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こと。</p> <p>(2) 当該事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画にかかる実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。</p> <p>(4) 当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。</p> <p>(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の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こと。</p> <p>(6) 当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p> <p>(7) [キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱ] 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。</p> <p>(二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(三) 介護職員の資質の向上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こと。</p> <p>(四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(五) 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こと。</p> <p>(六) (五)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(8) [職場環境等要件] (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【ロ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）】</p> <p>イ(1)から(6)まで、(7)（一）から（四）まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）】</p> <p>(1)イ(1)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>(一)〔キャリアパス要件Ⅰ〕 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。</p> <p>b aの要件について書面を持って作成し、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(二)〔キャリアパス要件Ⅱ〕 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の資質の向上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こと。</p> <p>b aについて、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>経営状況等を理由に事業の継続が著しく困難となった場合であって、介護職員の賃金水準（介護職員処遇改善加算による賃金改善分を除く。）を見直した上で賃金改善を行う場合には、その内容について市に届け出ているか。</p> <p>介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定している場合に、その他の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）を算定していないか。</p>	□	□	□	□	□
42 介護職員等特定処遇改善加算	<p>厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして届け出た事業所が、利用者に対しサービス提供を行った場合に、下記の区分に応じて加算しているか。</p> <p>イ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の27/1000に相当する単位数</p> <p>ロ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の23/1000に相当する単位数</p>	□				□
	<p>【イ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(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特定処遇改善加算の算定見込額を上回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こと。</p> <p>(一)経験・技能のある介護職員のうち一人は、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440万円以上であること。ただし、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はこの限りでないこと。</p> <p>(二)当該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、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）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こと。</p>	□	□	□	□	□
		□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。</p> <p>(四) 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440万円を上回らないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該事業所において、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の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所において、事業年度ごとに職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所におけるサービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所における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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (2) の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (7) 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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【<input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）】</p> <p>イ(1) から(4) まで及び(6)から(8) までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

併設短期入所生活介護（介護予防を含む）

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
第1 基本方針 (従来型)	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第2 人員に関する基準						
1 医師 (本体施設兼務可)	1人以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 生活相談員 (本体施設兼務可)	(1) 常勤換算方法で、利用者の数が100又はその端数を増すごとに1人以上配置していますか。 ※指定介護老人福祉施設の入所者と当該事業所の利用者の数とを合算した数について、常勤換算してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 社会福祉法にいう社会福祉主事の資格を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用定員が20名以上の場合、常勤を1人配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 介護職員又は看護職員 (本体施設兼務可)	(1) 介護職員及び看護職員の総数は常勤換算方法で利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。 ※指定介護老人福祉施設の入所者と当該事業所の利用者の数とを合算した数について、常勤換算してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 看護職員は配置していますか。配置していない場合は下記①～③いずれも満たしていますか。 ①病院等（病院、診療所又は訪問看護ステーション（併設事業所にあつては、居宅基準121条第6項に規定する併設本体施設を含む。）をいう。 ②及び③において同じ。）の看護職員が必要に応じて指定短期入所生活介護事業所の利用者の健康状態の確認を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②病院等及び指定短期入所生活介護事業所において、指定短期入所生活介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などが確保されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③病院等及び指定短期入所生活介護事業所において、指定短期入所生活介護事業所と連携を行う看護職員が十分な休憩時間を確保できるよう徹底していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 栄養士 (本体施設兼務可)	1人以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 機能訓練指導員	(1) 1人以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(本体施設兼務可)	(2) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）の資格を有する者ですか。 ※・日常生活費、レクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導は当該事業所の生活相談員又は介護職員の兼務可能です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 利用者の数	従業者の員数算定のための利用者数 ・前年度の平均値としていますか。 ・新規指定は適正な推定数により算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 管理者	事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。 ※ただし、指定短期入所生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定短期入所生活介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第3 設備に関する基準	当該事業所の本体施設である介護保険法に規定する指定介護老人福祉施設として必要とされる設備を有していますか。また、併設短期入所生活介護（一体的に運営される併設介護予防短期入所生活介護を含む）の事業の場合、専用の居室を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第4 運営に関する基準						
1 内容及び手続きの説明及び同意	(1) サービス提供開始の際に、あらかじめ重要事項を文書で説明し、利用申込者の同意を得るとともに、交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 重要事項説明書及び契約書には、日付、説明者及び利用申込者が漏れなく記載されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 ※次の各事項の（ ）内の事項で記載のないものについて、「□」に✓をしてください。 ①運営規程の概要 （ <input type="checkbox"/> 事業者情報 <input type="checkbox"/> 事業所情報 <input type="checkbox"/> 運営方針及び目的 <input type="checkbox"/> 定員 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急対応 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止措置） ②従業者の勤務体制 （ <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 基準人員数 <input type="checkbox"/> 実配置人員数 <input type="checkbox"/> 職務内容） ③利用料及びその他の費用 （ <input type="checkbox"/> 基本サービス費 <input type="checkbox"/> 加算関係 <input type="checkbox"/> その他の費用 <input type="checkbox"/> 滞在費及び食費の負担限度額 <input type="checkbox"/> 消費税の課税の有無 <input type="checkbox"/> その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き <input type="checkbox"/> 徴収方法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>④事故発生時の対応</p> <p> <input type="checkbox"/>連絡先（市町村） <input type="checkbox"/>連絡先（利用者の家族） <input type="checkbox"/>連絡先（居宅介護支援事業者） <input type="checkbox"/>対応策 <input type="checkbox"/>損害賠償 </p> <p>⑤苦情処理の体制</p> <p> <input type="checkbox"/>事業所内の処理体制及び連絡先 <input type="checkbox"/>連絡先（市町村） <input type="checkbox"/>連絡先（国保連） </p> <p>⑥その他入所者の選択に役立つ事項</p> <p>※主な事項を記載</p> <p><input type="checkbox"/>提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）</p> <p><input type="checkbox"/>協力病院（電話番号、診療科目含む）</p> <p><input type="checkbox"/>協力歯科（電話番号含む）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 指定短期入所生活介護の開始及び終了	<p>(1) 利用者の心身の状況により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に指定短期入所生活介護を提供していますか。</p> <p>(2) 居宅介護支援事業者等との密接な連携により、指定短期入所生活介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 提供拒否の禁止	<p>正当な理由のある場合を除きサービス提供を拒否せずに、適切に利用者の受入を行っていますか。</p> <p>※拒否した事例及びその理由を記載してください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 サービス提供困難時の対応	<p>当該事業所の通常の送迎の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定短期入所生活介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 受給資格等の確認	<p>当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 要介護認定等の申請に係る援助	<p>当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 心身の状況等の把握	<p>(1) 当該サービスの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(2) 利用者の心身の状況や置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に向け、サービス担当者会議等を通じ、情報の収集・交換を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	指定短期入所者生活介護の提供の開始に際して、利用申込者が介護保険法施行規則第 64 条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、 ①居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定短期入所生活介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明していますか。 ②また、居宅介護支援事業者に関する情報を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画に沿った指定短期入所生活介護を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 サービスの提供の記録	(1) 指定短期入所生活介護を提供した際には、提供日及び内容、当該指定短期入所者生活介護について介護保険法第 41 条第 6 項の規定により利用者に代わって支払いを受ける居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準じる書面に記載していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定短期入所生活介護を提供した際には、提供した具体的な内容を記録するとともに、利用者から申出があった場合には、文書の交付その他の適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 利用料等の受領 (法定代理受領サービス)	(1) 当該サービスに該当する場合、介護報酬告示上の額（算定する加算等を含む。）の 1～3 割の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護報酬告示上の額の 1～3 割負担分について、公費負担対象となる利用者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該サービスに該当しない場合に必要となる費用と当該サービスに該当する場合に必要となる費用との間に不合理な差額を設けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 要介護度に応じた 1 月当たりの限度基準額を超える場合は、その超えたサービス利用に必要な費用は全額利用者負担となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該サービス利用が 30 日を超える場合には、その超えたサービス利用に必要な費用は全額利用者負担となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(特別な居室料)	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(特別な食事料)	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(滞在費及び食費)	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項（居住費は滞在費と読替え）と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(その他の日常生活費)	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
(その他の日常生活費以外の費用) (領収書)	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 保険給付の請求のための証明書の交付	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 指定短期入所生活介護の取扱方針 (従来型)	(1) 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(2) 利用者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、利用者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、利用者の日常生活を支援するものとして行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 各ユニットにおいて利用者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるように配慮して行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者のプライバシーの確保に配慮して、サービスが行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 指定短期入所生活介護が、利用者の自立した生活を支援することを基本として、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(共通)	(6) 利用者又はその家族に対しサービスの提供方法等(指定短期入所生活介護計画の目標、内容、行事、日課等を含む)について、理解しやすいように説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) ①相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、短期入所生活介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行っていますか。 ※「相当期間以上」とは、概ね4日以上連続して利用する場合をいいます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②また、相当期間未満(概ね4日未満)の利用であっても居宅介護支援事業者等と連携し、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の短期入所生活介護計画を作成した利用者に準じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 指定短期入所生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(身体拘束の原則禁止)	(9) 当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
14 短期入所生活介護計画の作成	<p>(1) 管理者は、相当期間（概ね4日）以上にわたり継続して入所することが予定されている利用者について、心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえて、指定短期入所生活介護の提供の開始前から終了に至るまでのサービスの継続性に配慮して、他の従業者と協議の上、サービスの目標、具体的なサービスの内容等を記載した短期入所生活介護計画を作成していますか。</p> <p>※ 計画については、介護の提供に関する計画等の作成に経験のある者や介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者又は介護支援専門員の資格を有する者がいる場合はその者にとりまとめを行わせることが望ましい。</p> <p>(2) 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成していますか。</p> <p>(3) 短期入所生活介護計画の作成にあたっては、利用者又は家族に対し、その内容等について説明し、同意を得ていますか。</p> <p>(4) 短期入所生活介護計画を作成した際には、当該短期入所生活介護計画を利用者又は家族に交付していますか。</p> <p>(5) 居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から短期入所生活介護計画の提供の求めがあった際には当該短期入所生活介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。</p>	□	□	□	□	□
15 介護	<p>当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。</p> <p>※入浴の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般浴（入所者1人当たり） 週 回 対象者数： 人 入浴日： ・ 特別浴（入所者1人当たり） 週 回 対象者数： 人 入浴日： ・ 当日入浴できない者の処遇状況 () <p>オムツ使用等の状況 使用者数 人（うち夜間のみ使用者数 人） 定時交換回数 回、トイレ誘導者数 人、誘導回数 回</p>	□	□	□	□	□
16 食事の提供	<p>当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。</p> <p>食事の提供状況（直近1ヶ月における利用実人員）</p> <p>① 普通食 人 ② 濃厚流動食 人</p> <p>③ 療養食 人（療養食加算を算定している者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病食 人 ・ 腎臓病食 人（心臓疾患に対する減塩食療法） ・ 肝臓病食 人 ・ 貧血食 人 ・ 膵臓病食 人 ・ 特別な場合の検査食 人 	□	□	□	□	□
17 機能訓練	<p>(1) ①利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行っていますか。</p>	□	□	□	□	□

項目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	②実施計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③実施経過、結果の記録を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 機能訓練室での訓練以外の訓練についても十分配慮されていますか。 (日常生活での機能訓練、レクリエーション、行事の実施等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 健康管理	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 相談及び援助	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 その他のサービスの提供 (従来型)	(1) 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜レクリエーション行事を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 常に利用者の家族との連携を図るよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	(1) 利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、利用者が自立的に行うこれらの活動は支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 常に利用者の家族との連携を図るよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 利用者に関する市町村への通知	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 緊急時等の対応	従業者は、現に指定短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。 ※緊急時において円滑な協力を得るため、事前に利用者の主治医から情報を得ておくことが必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 管理者の責務	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 運営規程	(1) 運営規程は事業所ごとに作成されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 以下の内容が適切に規定されていますか。					
	①事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②従業者の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ユニット型)	④ユニット数及びユニットごとの入居定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤指定短期入所生活介護の内容 ※主な事項を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>⑥利用料及びその他の費用の額 ※以下の事項で記載のないものの「□」に✓をすること。 <input type="checkbox"/> 事業所が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外） <input type="checkbox"/> 滞在費及び食費の負担限度額 <input type="checkbox"/> 消費税の課税の有無 <input type="checkbox"/> 利用料変更に係る手続き関係</p> <p>⑦通常の送迎の実施地域</p> <p>⑧事業所利用にあたっての留意事項 ※主な事項を記載</p> <p>⑨緊急時等における対応方法</p> <p>⑩非常災害対策</p> <p>⑪その他事業所の運営に関する重要事項 ・身体的拘束等の原則禁止 ・虐待防止に関する事項 ・その他の重要事項 ※主な事項を記載</p>	□	□	□	□	□
25 業務継続計画の策定	<p>感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定短期入所生活介護の提供を受けられるよう、指定短期入所生活介護の提供を継続的に実施するための計画、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。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、従業員に対して、必要な研修（年1回以上。新規採用時には別に実施）及び訓練（シミュレーション）（年1回以上）を実施していますか。【経過措置：令和6年3月31日】</p> <p>※以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。 （感染症に係る業務継続計画の内容） <input type="checkbox"/> 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） <input type="checkbox"/> 初動対応 <input type="checkbox"/> 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有） （災害に係る業務継続計画） <input type="checkbox"/> 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） <input type="checkbox"/> 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） <input type="checkbox"/> 他施設及び地域との連携</p>	□	□	□	□	□
26 勤務体制の確保等	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	□	□	□	□	□
27 定員の遵守	次に掲げる利用者以上の利用者に対して同時に指定短期入所者生活介護を行っていませんか。					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	①空床利用型にあつては、当該特別養護老人ホームの入所定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②併設型にあつては、利用定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■緊急その他のやむを得ない事情による定員超過がある場合は、その理由及び入所者数（記入日現在） （ ）					
	利用者の数を超えて居室以外の静養室において指定短期入所生活介護を行う場合、下記の要件に適應していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 居宅サービス計画に位置付けられていない指定短期入所生活介護を提供する場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないと認められる ※あくまでも、緊急の必要がある場合にのみ認められるものであり、当該利用者に対する指定短期入所生活介護の提供は7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度に行う。 ※指定短期入所生活介護事業所の利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は、利用定員が40人未満である場合は1人、利用定員が40人以上である場合は2人まで認められるものであり、定員超過利用による減算の対象とはならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※静養室で指定短期入所生活介護を行う場合は、多床室に係る基本サービス費及び居住費を徴収していますか。					
28 地域等との連携	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 非常災害対策	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 衛生管理等	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 掲 示	以下の事項を、当該事業所の見やすい場所（受付や病棟ごと）に掲示していますか。					
	①運営規程の概要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②従業員の勤務体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③利用料及びその他の費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④食事の週間メニュー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	⑤その他のサービスの選択に関する重要事項 〔※主な事項を記載〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 秘密保持等	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 広 告	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 苦情処理	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 事故発生時の対応	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 会計の区分	当該サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 記録の整備	(1) ①従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。 ②記録者は特定できますか。 ③各記録が鉛筆書きではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものと してありますか。 (2) 利用者に対する当該サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。 ①短期入所生活介護計画 ②①以外は、当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設に おける当該事項と同様に適切に行っていますか。 (3) 上記以外については、当該事業所の本体施設である指定介護老人福 祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 指定の変更	以下の事項に変更があった場合に、変更後10日以内に堺市長に届出していますか。 ①事業所の名称及び所在地 ②申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ③申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る） ④当該申請に係る事業を指定居宅サービス等基準第121条第2項の規定の適用を受ける特別養護老人ホームにおいて行う場合又は同条第4項に規定する併設事業所において行う場合にあっては、その旨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>⑤建物の構造概要及び平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあっては、指定居宅サービス等基準第 124 条第 3 項に規定する併設本体施設又は指定居宅サービス等基準第 140 条の 4 第 3 項に規定するユニット型事業所併設本体施設の平面図を含む。）並びに設備の概要</p> <p>⑥当該申請に係る事業を指定居宅サービス等基準第 121 条第 2 項の規定の適用を受ける特別養護老人ホームにおいて行うときの当該特別養護老人ホームの入所者の定員</p> <p>⑦事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴</p> <p>⑧運営規程</p> <p>⑨指定居宅サービス等基準第 136 条（指定居宅サービス等基準第 140 条の 13 及び第 140 条の 25 において準用する場合を含む。）の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容</p> <p>⑩当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項</p> <p>⑪役員の氏名、生年月日及び住所</p>	□	□	□	□	□
40 虐待の防止	<p>(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催していますか。 ※以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。 (委員会での検討事項)</p> <p>□ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること。</p> <p>□ 虐待防止のための指針の整備に関すること。</p> <p>□ 虐待防止のための職員研修の内容に関すること。</p> <p>□ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること</p> <p>□ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること。</p> <p>□ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること。</p> <p>□ 再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること。</p> <p>(2) 虐待の防止のための指針を整備していますか。 ※以下の事項で該当するものの「□」に✓をすること。 (指針に盛り込んでいる項目)</p> <p>□ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方。</p> <p>□ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項。</p> <p>□ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針。</p> <p>□ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針。</p> <p>□ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項。</p> <p>□ 成年後見制度の利用支援に関する事項</p> <p>□ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p>□ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p>□ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p> <p>(3) 虐待の防止のための定期的（年 1 回以上。新規採用時には必ず実施）な研修を実施していますか。また、研修の実施内容について記録していますか。</p> <p>(4) (1) から (3) までを実施するため専任の担当者を配置していますか。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>・次の場合は、利用定員に100分の105を乗じて得た数（利用定員が40人を超える場合にあっては、利用定員に2を加えて得た数）までは減算が行われません。</p> <p>○老人福祉法第10条の4第1項第3号の規定による市町村が行った措置（又は同法第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置（特別養護老人ホームの空床利用の場合のみ））による入所によりやむを得ず利用定員を超える場合</p> <p>ただし、この取扱いはあくまでも一時的かつ特例的なものであることから速やかに定員超過利用を解消する必要があります。</p> <p>(7) 当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設において人員欠如となっている場合には、当該事業所の利用者に対しても、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所生活介護費を所定単位数の70%で算定していますか。</p>	□	□	□	□	□
3 ユニットケア体制	<p>ユニット型指定短期入所生活介護において、施設基準を満たさない場合、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数としていますか。</p> <p>・日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>・ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。</p> <p>※減算については、ある月（歴月）において基準を満たさない状況が発生した場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されます。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）</p>	□	□	□	□	□
4 特定入所者介護サービス費	<p>当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該費用（居住費を滞在費と読替え、外泊に係る取扱いを除く）と同様に請求していますか。</p>	□	□	□	□	□
5 生活機能向上連携加算	<p>下記に適合し、届け出ている場合、外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、生活機能向上連携加算（Ⅰ）については、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき100単位、同（Ⅱ）については1月につき200単位（※）を所定単位数に加算していますか。</p> <p>※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位生活機能向上連携加算（Ⅰ）</p> <p>(1) 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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この号において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該指定短期入所生活介護事業所（指定居宅サービス等基準第百二十一条第一項に規定する指定短期入所生活介護事業所をいう。以下同じ。）の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごと一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。</p> <p>【注意事項】</p> <p>① 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリを実施している医療提携施設の理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師）の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等（機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行ってください。</p> <p>② 「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院（許可病床数 200 床未満又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないもの）若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院です。</p> <p>③ 個別機能訓練計画の作成に当たっては、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、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場合において把握し、又は、短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員等に助言を行ってください。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と機能訓練指導員等で事前に方法を調整するものとします。</p> <p>④ 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければなりません。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としてください。</p> <p>なお、個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、個別機能訓練計画に代えることができます。</p>	□	□	□	□	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>⑤ 個別機能訓練計画の進捗状況等の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行ってください。 ・理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族（以下この⑤において「利用者等」という。）に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明してください。また、利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとしてください。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければなりません。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応させてください。 <p>⑥ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしてください。</p> <p>⑦ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）は個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定されるものです。なお、①の助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除き、個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月の翌月及び翌々月は本加算を算定しません。</p> <p>生活機能向上連携加算（Ⅱ）</p> <p>(1) 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理学療法士等が、当該指定短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>(3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。</p>					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>【注意事項】</p> <p>① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行ってください。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行ってください。</p> <p>② 「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院です。</p> <p>③ 個別機能訓練計画の進捗状況等の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行ってください。 ・理学療法士等は、3月ごとに1回以上事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行ってください。 <p>④ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の④及び⑥は生活機能向上連携加算(Ⅱ)において同様です。なお、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はありません。</p>					
6 機能訓練指導員加算	常勤専従の機能訓練指導員を1名以上(入所者数が100を超える施設は、常勤専従の理学療法士等を1名以上配置し、かつ、理学療法士等を常勤換算方式で入所者数を100で除した数以上)配置している場合、1日につき12単位を加算していますか。	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7 個別機能訓練加算	下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき56単位を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
	(1) 専従の機能訓練指導員を1名以上配置していますか。 ※機能訓練指導員加算に係る常勤専従の機能訓練指導員は個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員として従事することはできません。算定に当たっては、別に1名(非常勤可)の配置が必要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 下記①～⑥を実施していますか。					

項 目	内 容	で きて い る	一 部 で き て い る	で き て い な い	分 か ら な い	該 当 無
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	【空床型】					<input type="checkbox"/>
	(1) 本体施設において、看護体制加算（Ⅰ）の要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	●看護体制加算（Ⅱ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき8単位を加算していますか					<input type="checkbox"/>
	【併設型】					<input type="checkbox"/>
	(1) 看護職員を常勤換算方法で利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 当該看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間の連絡体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①及び②の内容が周知されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④事業所の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	【空床型】					<input type="checkbox"/>
	(1) 本体施設において、看護体制加算（Ⅱ）の要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	●看護体制加算（Ⅲ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき【イ 12 単位】 【ロ 6 単位】 を加算していますか。					<input type="checkbox"/>
	【併設型】					<input type="checkbox"/>
	(1) 看護体制加算（Ⅰ）の要件を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) イ 定員が 29 人以下であること。 ロ 定員が 30 人以上 50 人以下であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が70%以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	【空床型】					<input type="checkbox"/>
	(1) 本体施設において、看護体制加算（Ⅲ）の要件を満たしていること。（定員要件は本体特養の規模で判断する）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>●看護体制加算（Ⅳ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき【イ 23 単位】 【ロ 13 単位】 を加算していますか。</p> <p>【併設型】</p> <p>(1) 看護体制加算（Ⅱ）の要件を満たしているか。</p> <p>(2) イ 定員が 29 人以下であること。 ロ 定員が 30 人以上 50 人以下であること。</p> <p>(3) 算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者の総数のうち、要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者の占める割合が 70%以上であること。</p> <p>【空床型】</p> <p>(1) 本体施設において、看護体制加算（Ⅳ）の要件を満たしていること。（定員要件は本体特養の規模で判断する）</p>					□
9 医療連携強化加算	<p>下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき 58 単位を加算していますか。</p> <p>①看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定している。</p> <p>②利用者の急変の予測や早期発見等のため、概ね 1 日 3 回以上看護職員が当該利用者のもとを訪れてバイタルサインや状態変化の有無を確認している。 ※頻度については、利用者の状態に応じて適宜増加させるものであること。</p> <p>③主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている。</p> <p>④急変時の医療提供の方針について、利用者から文書で同意を得ている</p> <p>⑤対象となる利用者は以下のいずれかに該当している。</p> <p>イ 喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施している状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行われている状態</p>	□	□	□	□	□
10 夜勤職員配置加算	<p>・次の基準に適合しているものとして市長に届け出た指定短期入所生活介護事業所については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>I（従来型） 13 単位 II（ユニット型）18 単位 III（従来型） 15 単位 IV（ユニット型）20 単位</p> <p>【夜勤職員配置加算（Ⅰ・Ⅱ）基準】</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>・厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第29号）に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上（※1）（※2）の介護職員又は看護職員を配置していること。</p> <p>※1 ただし、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合、10分の9を加えた数以上とする。</p> <p>(1)見守り機器を、当該指定短期入所生活介護事業所の入所者の数の10分の1以上の数設置していること。</p> <p>(2)見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※2 ただし、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合、10分の6を加えた数以上とする。(ユニット型以外において夜勤職員基準第一号口(1)(-)fに基づき配置している場合は、10分の8を加えた数以上)</p> <p>(1)夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該指定短期入所生活介護事業所の利用者の数以上設置していること。また、利用者が使用する全ての居室に設置すること。</p> <p>(2)夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。 (インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する機器及び見守り機器の情報を常時受信可能なスマートフォンやタブレット端末等の機器を、全ての夜勤職員が使用し、利用者の状況を常時把握すること)</p> <p>(3)見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>①夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問・当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>i 見守り機器等を使用する場合においても、一律に定時巡回等を取りやめることはせず、個々の利用者の状態に応じて、個別に定時巡視を行うこと。</p> <p>ii 見守り機器等から得られる睡眠状態やバイタルサイン等の情報を利用者の状態把握に活用すること。</p> <p>iii 見守り機器等の使用に起因する事業所内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例等の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。</p> <p>②夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (実際に夜勤を行う職員に対してアンケートやヒアリング等を行い、見守り機器等の導入後における次の事項等を確認し、人員配置の検討等を行う。)</p> <p>i ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えているかどうか</p> <p>ii 夜勤時間帯において、負担が過度に増えている時間帯がないかどうか</p> <p>iii 休憩時間及び時間外勤務等の状況</p>					

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>③見守り機器等の定期的な点検 i 日々の業務の中で、予め時間を定めて見守り機器等の不具合がないことを確認する等の不具合のチェックを行う仕組みを設ける</p> <p>ii 使用する見守り機器等のメーカーと連携し、定期的に点検を行う</p> <p>④見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修 (見守り機器等の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。)</p>					
	【夜勤職員配置加算（Ⅲ・Ⅳ）基準】					□
	・夜勤職員配置加算Ⅰ・Ⅱの基準に該当するものであること。	□	□	□	□	
	・夜勤時間帯を通じて看護職員又はかく痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること（かく痰吸引等事業者として県の登録を受けていること。）	□	□	□	□	
	【テクノロジーを導入した場合の夜勤職員配置加算の要件】					□
	<p>・「見守り機器」は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。</p> <p>・「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、管理者だけでなく、実際に夜勤を行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等の役割の者が参画するものとし、3月に1回以上行うこと。 なお、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。</p> <p>・3月以上の試行期間を設け、試行期間中から見守り機器等活用委員会を設置し、当該委員会において安全体制及びケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で、「テクノロジーの活用」に係る届出を行うこと。なお、試行期間中においては、通常の夜勤職員配置加算の要件を満たすこととする。</p>	□	□	□	□	
11 認知症行動・心理症状緊急対応加算	<p>以下の基準を満たす場合に、1日つき200単位を加算していますか。</p> <p>①利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要であると医師が判断した場合であって、居宅介護支援専門員、当該短期入所生活介護事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期入所生活介護を開始している。 ※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。</p> <p>②加算適用利用者が次を満たす。 病院又は診療所に入院中の者、介護保険施設等に入院又は入所中の者、認知症対応型共同生活介護等を利用中の者が直接、短期入所生活介護の利用を開始していない。</p> <p>③医師が判断した日又は、その次の日に利用開始している。 ※本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象とならない。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>④利用開始日から7日を限度として算定している。 ※本加算は、「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受入れる際の初期の手間を評価したものであり、利用開始後8日以降の短期入所生活介護の利用を妨げるものではないことに留意すること。 ※緊急短期入所受入加算との併算定は不可。</p> <p>⑤判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録している。</p> <p>⑥事業所において、判断を行った日時、医師名及び利用開始にあたっての留意事項等を介護サービス計画書に記録している。</p>	□	□	□	□	
12 若年性認知症利用者受入加算	<p>(1) 若年性認知症利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算していますか。</p>					□
	<p>(2) 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めていますか。</p>	□	□	□	□	
	<p>(3) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないこと。</p>	□	□	□	□	
13 送迎加算	<p>(1) 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合に、片道1回につき184単位を加算していますか。</p>					□
	<p>(2) 送迎に係る記録として、利用者、送迎者、送迎先等が明確にされていますか。</p>	□	□	□	□	
	<p>(3) 送迎先が、利用者の都合による場合を含めて居宅以外となったときに、当該加算を算定していませんか。</p>	□	□	□	□	
	<p>(4) 送迎の実施については、運営規程に定める実施地域の範囲内となっていますか。</p>	□	□	□	□	
14 緊急短期入所受入加算	<p>(1) 以下の者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合に、当該指定短期入所生活介護を行った日から起算して7日（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には14日）を限度として、1日につき90単位を加算していますか。 ※認知症行動・心理症状緊急対応加算との併算定は不可。</p> <p>①利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者。</p> <p>(2) 当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。</p> <p>※「緊急利用者」とは、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていない者をいう。なお、新規の利用者に限られるものではなく、既に当該事業所で緊急短期入所受入加算の算定実績のある利用者也算定対象となる。</p>	□	□	□	□	□

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>②あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めている。 ※ただし、やむを得ない事情により、事後に介護支援専門員により当該サービス提供が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能。</p> <p>③緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録している。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存している。</p> <p>④既に緊急利用者を受け入れているために緊急の利用を希望している者を受け入れることが困難な場合は、利用希望者に対し、別の事業所を紹介するなど適切な対応を行っている。</p> <p>⑤算定対象期間は原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談している。 。 ※ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができる。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 療養食加算	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における療養食加算の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 在宅中重度受入加算	<p>(1) 指定短期入所生活介護事業所において、当該利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合は、1日につき次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定していますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定している場合 421単位 <input type="checkbox"/> ・看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定している場合 417単位 <input type="checkbox"/> ・看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定している場合 413単位 <input type="checkbox"/> ・看護体制加算を算定していない場合 425単位 <input type="checkbox"/> <p>(2) 訪問看護の提供を受けていた利用者が、その居宅において指定短期入所生活介護を利用する場合であって、指定短期入所生活介護事業者が、当該利用者の利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員により当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合が対象となっていますか。</p> <p>(ア) 健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所の配置医師が行っていますか。 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>(イ) 在宅中重度者受入加算を算定するに当たっては、あらかじめ居宅サービス計画に位置づけた上で行っていきますか。 ※特に初めてこのサービスを行う場合は、サービス担当者会議を開催するなどサービス内容や連携体制等についてよく打合せを行った上で実施することが望ましい。</p> <p>(ウ) 当該利用者に関する必要な情報を主治医、訪問看護事業所、サービス担当者会議、居宅介護支援事業所等を通じてあらかじめ入手し適切なサービスを行うよう努めていますか。</p> <p>(エ) 在宅中重度受入加算に係る業務について、訪問看護事業所と委託契約を締結し、利用者の健康上の管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払っていますか。</p> <p>(オ) 健康上の管理等の実施上必要となる衛生材料、医薬品等の費用は短期入所生活介護事業所が負担し、利用者に請求していませんか。 ※なお、医薬品等が、医療保険の算定対象となる場合は、適正な診療報酬を請求すること「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」(平成14年3月11日保医発0331002号を参照)。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 認知症専門 ケア加算	<p>●認知症専門ケア加算（I） 以下の基準を満たす場合に、1日につき3単位を算定していますか。</p>					<input type="checkbox"/>
	<p>(1) 利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上となっていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者との数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が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ますか。</p> <p>※「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」を指すものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※併設事業所であって本体施設と一体的に運営が行われている場合及び特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合の認知症専門ケア加算の算定は、本体施設である指定介護老人福祉施設と一体的に行うものとする。具体的には、本体施設の対象者の数と併設事業所の対象者の数（特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあつては、当該指定短期入所生活介護の対象者の数）を合算した数が20人未満である場合にあつては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあつては、1に、当該対象者の数が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の研修修了者を配置している場合に算定可能となる。</p>					
	<p>(3) 当該施設において、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ますか。 (当該施設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こと。なお、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>●認知症専門ケア加算（Ⅱ） 以下の基準を満たす場合に、1日につき4単位を算定していますか。</p>					<input type="checkbox"/>
	<p>(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(2) 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の基準に加え1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ※加算対象となる者が10名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が1名配置されていれば認知症専門ケア加算Ⅱを算定できるものとする。 ※「認知症介護の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」及び「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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3) 当該施設における介護職員、看護職員毎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、研修を実施又は実施を予定していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>18 長期利用者に対する減算</p>	<p>連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合に、1日につき30単位を所定単位数から減算していますか。 ※短期入所生活介護の基本サービス費については、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームへ入所した当初に施設での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価している。こうしたことから、自費利用を挟み同一事業所を連続30日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続30日を超えた日から減算を行う。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>19 サービス提供体制強化加算</p>	<p>●サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき22単位を算定していますか。</p>					<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	(1) 次のいずれかに適合すること。 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	●サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき18単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
	(1) 短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	●サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 下記基準に適合し、届け出ている場合、1日につき6単位を算定していますか。					<input type="checkbox"/>
	(1) 次のいずれかに適合すること。 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所の看護師若しくは准看護師又は介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 定員超過、人員欠如による減算を行っていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目	内 容	できている	一部できている	できていない	分からない	該当無
	<p>※加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかを算定している場合は、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)は算定できません。</p> <p>※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用います。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。</p> <p>ただし書きの場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。</p> <p>その割合については、毎月記録し、所定の割合を下回った場合、直ちに届出を提出しなければなりません。</p> <p>※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者としてします。</p> <p>※勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数とします。</p> <p>※勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。</p> <p>※短期入所生活介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員及び機能訓練指導員として勤務を行う職員を指します。</p> <p>※同一の事業所において介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行います。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 介護職員 処遇改善 加算・介護 職員等特 定処遇改 善加算	当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算と同様に算定していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>