

## 指定地域密着型介護老人福祉施設自主点検表

|           |                |      |             |          |
|-----------|----------------|------|-------------|----------|
| 記入年月日     | 令和 年 月 日       |      |             | (令和4年度版) |
| 法人名       |                |      |             |          |
| 介護保険事業所番号 | (介護予防)短期入所生活介護 |      |             |          |
| 事業所名称     |                |      |             |          |
| 記入担当者     | (職種)           | (氏名) | 連絡先<br>電話番号 | — —      |

## 自主点検表記載に当たっての留意事項

- 該当するものにチェックをしてください。(記載例：☑、■など)
- 各項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「非該当」にチェックをしてください。
- 内容欄に含まれる□や( )内等の記入すべき箇所については、できる限り具体的にチェック(☑、■など)をし、詳細を記入してください。

## 第1 基本方針

| 項目           | 内容   | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|--------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 基本方針 (従来型) | (1) 指定地域密着型サービスに該当する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(以下「指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」という。)の事業を行う地域密着型介護老人福祉施設(以下「施設」という。)は、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、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るか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|              | (2) 施設は、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指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供するように努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|              | (3) 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市、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、他の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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)      | (4) ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設(以下「ユニット型施設」という)は、入居者一人一人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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|              | (5) ユニット型施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 規模         | 入所定員は29人以下としているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第2 人員に関する基準

| 項目     | 内容  | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | (2) 医師を置かないことができるが、本体施設の医師により当該サテライト型居住施設の入所者の健康管理が適切に行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | (3) (1)の医師の数は、サテライト型居住施設の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設であって、当該サテライト型居住施設に医師を置かない場合にあっては、指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者の数及び当該サテライト型居住施設の入所者の数の合計数を基礎として算出しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| サテライト型 |   |                          |                          |                          |

|                  |                                  |   |                          |                          |                          |
|------------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 生活相談員          |                                  | (1) 生活相談員は1以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (2) 常勤の者となっているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | サテライト型                           | (3) 常勤換算方法で1以上としているか。   | <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るか。<br><input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> その他、保険・医療・福祉に係る資格または実務経験から、同等の能力を有すると認められる者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 介護職員又は看護職員     |                                  | (1) 介護職員又は看護師若しくは准看護師(以下「看護職員」という。)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以上配置しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (2) 看護職員の数は、1以上としているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (3) 介護職員のうち、1人以上は常勤の者となっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (4) 看護職員のうち、1人以上は常勤の者となっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | サテライト型                           | (5) サテライト型施設にあたっては、看護職員は、常勤換算方法で1以上となっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 栄養士<br>(管理栄養士) |                                  | (1) 栄養士又は管理栄養士を1以上配置しているか。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る。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | サテライト型                           | (2) サテライト型居住施設の栄養士若しくは管理栄養士を置かない場合、本体施設の栄養士若しくは管理栄養士により、入所者の処遇が適切に行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 機能訓練指導員        |                                  | (1) 1以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (2) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧士の資格を有する者か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (3) 日常生活を営む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う能力を有すると認められる者としているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (4) 機能訓練指導員は、当該施設の他の職務に従事することができるが、事例はあるか。( )に従事  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | サテライト型                           | (5) サテライト型施設の機能訓練指導員を置かない場合、本体施設の機能訓練指導員により、入所者の処遇が適切に行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 介護支援専門員        |                                  | (1) 1以上配置しているか。<br>資格証の有効期限( )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (2) 専らその職務に従事する常勤の者であるか。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の他の職務に従事することができる。事例はあるか。<br>( )と兼務   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (3) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員と兼務していないか。ただし、増員に係る非常勤の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"/> |
|                  | 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護が併設する場合 | (4) 当該施設の介護支援専門員を置かない場合、当該併設される小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員により、当該施設の入所者の処遇が適切に行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  | (5) サテライト型施設の介護支援専門員を置かない場合、本体施設の介護支援専門員により、入所者の処遇が適切に行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                                   |   |                          |                          |                          |
|---|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | サテライト型                            | (6) (1)の介護支援専門員の数は、サテライト型居住施設の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設であって、当該サテライト型居住施設に介護支援専門員を置かない場合にあっては、指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者の数及び当該サテライト型居住施設の入所者の数の合計数を基礎として算出しているか。<br>この場合において、介護支援専門員の数は、(1)の規定に関わらず、1以上(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。)とする。             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護が併設する場合 | 当該施設の人員基準を満たし、かつ当該小規模多機能型居宅介護事業所等の人員基準を満たしている場合、当該施設の従業者は当該小規模多機能型居宅介護事業所等の職務に従事することができるが、そのような事例はあるか。<br><br>( )に従事  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | その他                               | (1) 従業者の員数算定のための入所者の数は、前年度の平均値としているか。<br>前年度の平均値( )人  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                                   | (2) 新規に指定を受ける場合は、推定数により算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                                   | (3) 従業者の員数は、常勤換算方法(当該従業者のそれぞれの勤務延時間数の総数を当該指定介護老人福祉施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより常勤の従業者の員数に換算する方法)で正しく計算されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                                   | (4) 施設の従業者は、専ら当該施設の職務に従事する者であるか。ただし、指定地域密着型介護老人福祉施設にユニット型指定介護老人福祉施設を併設する場合の指定地域密着型介護老人福祉施設及びユニット型指定介護老人福祉施設の介護職員及び看護職員又は指定地域密着型介護老人福祉施設にユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設を併設する場合の指定地域密着型介護老人福祉施設及びユニット型指定介護老人福祉施設の介護職員及び看護職員を除き、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"/> |
|   | 短期入所生活介護が併設する場合                   | (5) 併設の短期入所生活介護事業所の入所定員は、当該施設の入所定員と同数を上限としているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第3 設備に関する基準

| 項目            | 内 容  | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | 用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、実態に即した平面図を作成のうえ、当市へ変更届を提出しているか。                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 居室 (従来型)    | (1) 1の居室の定員は、1人となっているか。ただし、入所者への指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (2) 入所者1人当たりの床面積は10.65平方メートル以上となっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (3) フザー又はこれに代わる設備を設けているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)       | (4) 一の居室定員は1人としているか。ただし、入居者への指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (5) 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ているか。                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (6) 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しているか。                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (7) 一の居室の床面積等は、10.65平方メートル以上となっているか。ただし、(4)ただし書の場合にあっては、21.3平方メートル以上となっているか。       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (8) フザー又はこれに代わる設備を設けているか。  | <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られているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (2) フザー又はこれに代わる設備が設けられているか。  | <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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (2) フザー又はこれに代わる設備を設けているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 洗面設備 (従来型)  | (1) 居室のある階ごとに設置されているか。   | <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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | (ユニット型)         | (3) 居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けているか。   | <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るか。   | <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ているか。  | <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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | (ユニット型)         | (3) 居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けているか。   | <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るか。   | <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であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                 | (2) 入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | サテライト型          | (3) 本体施設が指定介護老人福祉施設等であるサテライト型施設については医務室を必要とせず、入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けているか。   | <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るか。<br>※ ただし、食事の提供又は機能訓練を行う場合において、当該食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保することができるときは、同一の場所とすることができる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                 | (2) 必要な備品を備えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 共同生活室 (ユニット型)   | (1) 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                 | (2) 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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                 | (3) 必要な設備及び備品を備えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 廊下幅             | 廊下幅 1.5メートル(中廊下の幅にあっては、1.8メートル)以上としているか。<br>ただし、廊下の一部の幅を拡張すること等により、入所者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められるときは、これによらないことができる。                          | <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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | その他             | (1) 各設備は専ら当該施設の用に供するものとなっているか。ただし、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"/> |
|    |                 | (2) 入所者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。(扉がガラスでないもの、施錠可能なものが望ましい)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                 | (3) 事故の未然防止(誤飲防止)の観点から、画紙やマグネット等を使用していないか。また、浴室・トイレ内に使い捨て手袋・洗剤等を放置していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第4 運営に関する基準

| 項目              | 内 容  | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|-----------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 内容及び手続の説明及び同意 | (1) 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得ているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |   |                          |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <p>(2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程の概要（26 運営規程の項目を参照）</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制</p> <p><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制</p> <p><input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況<br/> <input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日<br/> <input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称 <input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況</p> <p><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br/> <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 提供拒否の禁止   | 正当な理由なく指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供を拒んでいないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 サービス提供困難時の対応  | 入所申込者が入院治療を必要とする場合その他入所申込者に対し自ら適切な便宜を提供することが困難である場合は、適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院を紹介する等の適切な措置を速やかに講じているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 受給資格等の確認  | (1) 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。   | <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、当該意見に配慮して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供するように努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 要介護認定の申請に係る援助   | (1) 入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、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当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (2) 要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう必要な援助を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 入退所   | (1) 身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者に対し、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (2) 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (3) 優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しているか。<br>通知：指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について<br>(平成26年12月12日 老高発1212第1号)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (4) 入所申込者の入所に際しては、その者に係る指定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等の把握に努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (5) 入所者の心身の状況、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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (6) (5)の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (7) その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅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等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (8) 入所者の退所に際しては、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、指定居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【特例入所】<br>「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」（平成26年12月12日老高発1212第1号） | (1) 入所判定の対象となる者は、入所申込者のうち、要介護3から要介護5までの要介護者及び、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は2の方の特例的な施設への入所が認められる者としているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                           |   |                          |                          |                          |
|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | <p>(2) 特列入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに關し、以下の事情を考慮しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。</li> <li><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。</li> <li><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。</li> <li><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であることサービスや生活支援の供給が不十分であること。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(3) 要介護1又は2の方の入所申込みの手続きについて、以下の通りとしているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 施設は、入所申込みの書類に、特列入所の要件を具体的に記載した上で、その内容を申込者側に丁寧に説明し、申込者側に特列入所の要件への該当に関する申込者側の考えを記載してもらうこと。</li> <li><input type="checkbox"/> 申込者側から特定入所の要件に該当している旨の申し立てがある場合には、入所申込みを受け付けない取扱いを認めないこととする。</li> <li><input type="checkbox"/> 入所判定が行われるまでの間に施設と入所申込者の介護保険の保険者である豊中市との間で情報の共有等を行うこと。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 サービス提供の記録               | <p>(1) 入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(2) 提供した具体的なサービスの内容等を記録しているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 利用料等の受領<br>(法定代理受領サービス) | <p>(1) 法定代理受領サービスに該当する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供した際には、入所者から利用料の一部として、当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該施設に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(2) 法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (その他の日常生活費)               | <p>(3) (1)(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払を受けていないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (一) 食事の提供に要する費用</li> <li><input type="checkbox"/> (二) 居住に要する費用</li> <li><input type="checkbox"/> (三) 入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用</li> <li><input type="checkbox"/> (四) 入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用</li> <li><input type="checkbox"/> (五) 理美容代</li> <li><input type="checkbox"/> (六) 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められる費用<br/>       ・ ・ ・ ※ 「その他の日常生活費」老企第54号<br/>       (支払いを受けている費用： )</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(4) (3)の(一)から四までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものとしているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(5) (3)に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得ているか。<br/>       ただし「食事の提供に要する費用」、「居住に要する費用」、「入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用」、「入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用」に係る同意については、文書によるものとする。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(6) その他の日常生活費の徴収に当たっては、利用者又はその家族の希望によるものとなっているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(7) その他の日常生活費は、保険給付の対象となっているサービスと重複したものとなっているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <p>(8) その他の日常生活費は、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るか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |   |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (預かり金)   | <p>(9) 預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金管理規程を整備しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）に点検されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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）を行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金の管理費用は実費相当となっているか。また、積算根拠は文書等により明確にされているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (特別な居室料)<br>「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」 | <p>(10) 特別な居室の定員が、1人又は2人となっているか。</p> <p>(11) 特別な居室の施設、設備等が、利用料のほかに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るか。</p> <p>(12) 特別な居室の提供が、入所者等への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われていないか。</p> <p>(13) 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額が、運営規程に定められているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (特別な食料)<br>「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」  | <p>(14) 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又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が行われているか。</p> <p>(15) 特別な食事の提供は予め入居者又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入居者等の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにしているか。</p> <p>(16) 入所者又はその家族への情報提供に資するために、事業所の見やすい場所に次に掲げる事項について掲示しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設において毎日、又は予め定められた日に、予め希望した入所者等に対して、入居者等が選定する特別な食事の提供を行えること。</p> <p><input type="checkbox"/> 特別な食事の内容及び料金</p> <p>(17) 特別な食事を提供する場合は、当該入所者の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得る必要があるか。</p> <p>(18) 特別な食事の提供に係る契約に当たっては、食事に係る利用料の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約を締結しているか。</p>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (領収証の発行)   | <p>(19) 利用料等の支払を受ける際、利用者に対し、費用区分を明確にした領収証を発行しているか。</p> <p>(20) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。</p>  | <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                              | <p>法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、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るか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 指定介護福祉施設サービスの取扱方針（従来型）                        | <p>(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るか。</p> <p>(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行われているか。</p> <p>(3) 従業者は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行っているか。</p> <p>(4) 自らその提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)  | <p>(5) 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るか。</p> <p>(6) 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配慮して行われているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                     |  |                          |                          |                          |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | (7) 入居者のプライバシーの確保に配慮して行われているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (8) 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、適切に行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (9) 従業者は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たって、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (10) 自らその提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (身体拘束の原則禁止)         | (1) 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たっては、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、身体的拘束等を行っていないか。<br><br><input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を本人又はその家族に説明しているか。<br><input type="checkbox"/> 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かったかどうか検討しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) (1)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話機器装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を3月に1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るか。<br><br>前々々回開催日（      年      月      日）<br>前々回開催日（      年      月      日）<br>前回開催日（      年      月      日）<br>直近開催日（      年      月      日）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (4) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会で、以下について取り組んでいるか。<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。<br><input type="checkbox"/> 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、上記の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束適正化検討委員会において、上記により報告された事例を集計し、分析すること。<br><input type="checkbox"/> 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (5) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (6) 当該指針には、次の内容が盛り込まれているか。<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針<br><input type="checkbox"/> 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針<br><input type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (7) 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実施しているか。<br>直近の研修：（      年      月      日） 前回の研修：（      年      月      日）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (8) 職員教育を組織的に徹底させていくために、身体的拘束等の適正化のための指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに新規採用時には必ず当該研修を実施し、研修の実施内容について記録しているか。   | <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) 管理者は、介護支援専門員に地域密着型施設サービス計画の作成に関する業務を担当させているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                |  |                          |                          |                          |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                | (2) 地域密着型施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、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、当該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地域密着型施設サービス計画上に位置付けるよう努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (3) 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (4) (3)に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行っているか。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (5) 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、<br><input type="checkbox"/> 入所者及びその家族の生活に対する意向<br><input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針<br><input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題<br><input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の目標及びその達成時期<br><input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容<br><input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供する上での留意事項<br>等に記載した地域密着型施設サービス計画の原案を作成しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (6) 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たる他の担当者(以下「担当者」という。)を招集して行う会議(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。ただし、入所者又はその家族(以下「入所者等」という。)が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。)をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (7) 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (8) 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画を作成した際には、当該地域密着型施設サービス計画を入所者に交付しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (9) 計画担当介護支援専門員は、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(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて地域密着型施設サービス計画の変更を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (10) 計画担当介護支援専門員は、(9)に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に掲げるところにより行っているか。<br><input type="checkbox"/> 定期的に入所者に面接すること。<br><input type="checkbox"/> 定期的にモニタリングの結果を記録すること。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (11) 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、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るか。<br><input type="checkbox"/> 入所者が要介護更新認定を受けた場合<br><input type="checkbox"/> 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (12) (2)から(8)までの規定は、(9)に規定する地域密着型施設サービス計画の変更について準用しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 介護<br>(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行われているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (2) 1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (3) 入所者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                | (4) おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|             |  |                          |                          |                          |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|             | (5) 褥瘡(じょくそう)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の体制を整備しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (6) 介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させているか。<br><input type="checkbox"/> 当該施設における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、実践並びに評価をする。<br><input type="checkbox"/> 当該施設において、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。）を決めておく。<br><input type="checkbox"/> 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。<br><input type="checkbox"/> 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。<br><input type="checkbox"/> 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する。                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (7) 入所者に対し、(1)～(5)に規定するもののほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (8) 常時1人以上の常勤の介護職員を介護に従事させているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (9) 入所者に対し、その負担により、当該施設の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)     | (1) 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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (2) 入居者の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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (3) 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るか。ただし、やむを得ない場合には、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (4) 入所者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (5) おむつを使用せざるを得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (6) 褥瘡(じょくそう)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の体制を整備しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (7) 介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させているか。<br><input type="checkbox"/> 当該施設における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、実践並びに評価をする。<br><input type="checkbox"/> 当該施設において、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。）を決めておく。<br><input type="checkbox"/> 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。<br><input type="checkbox"/> 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。<br><input type="checkbox"/> 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する。<br>直近の研修：（ 年 月 日） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (8) (1)～(6)に規定するもののほか、入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (9) 常時1人以上の常勤の介護職員を介護に従事させているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (10) 入居者に対し、その負担により、当該ユニット型施設の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 食事 (従来型) | (1) 栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (2) 入所者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)     | (1) 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (2) 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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | (3) 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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                |  |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                | (4) 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るか。  | <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、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 社会生活上の便宜の供与等<br>(従来型)       | (1) 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)                        | (2) ユニット型施設は、入居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、入居者が自立的に行うこれらの活動を支援しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                | (3) 入所者が日常生活を営むに必要な行政機関等に対する手続きについて、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                | (4) 常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めているか。   | <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努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 機能訓練                        | 入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営む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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 栄養管理（令和6年3月31日までの経過措置あり）    | (1) 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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                | (2) 管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行っているか。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ができるが、事例はあるか。（有・無）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                | (3) 栄養管理について、以下の手順により行っているか。<br><br><input type="checkbox"/> 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。なお、栄養ケア計画に相当する内容を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。 <input type="checkbox"/> 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が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。 <input type="checkbox"/> 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。<br>参考：「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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 口腔衛生の管理（令和6年3月31日までの経過措置あり） | (1) 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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                   |   |                          |                          |                          |
|-------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                   | <p>(2) 以下の手順により計画的に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 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> <p><input type="checkbox"/> (二) (一)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 style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 助言を行った歯科医師</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 歯科医師からの助言の要点</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 具体的方策</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 当該施設における実施目標</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 留意事項・特記事項</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 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(二)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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 健康管理           | (1) 医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (2) 入所者の健康保持のための措置として、定期健康診断・胸部X線（年に1回）の実施等を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 入所者の入院期間中の取扱い  | 入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、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、退院後再び当該指定地域密着型介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 入所者に関する市町村への通知 | <p>入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。</p> <p><input type="checkbox"/> 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 緊急時等の対応        | (1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。<br>緊急時における対応フロー（ 有 ・ 無 ）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (2) 現に指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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等における対応方法を定めているか。   | <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者であるか。ただし、当該施設の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に従事することができる。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 管理者の責務         | (1) 管理者は、当該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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (2) 管理者は、当該施設の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るか。  | <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、その者に係る指定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等を把握しているか。   | <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かどうかについて定期的に検討しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (3) その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができるか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等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っているか。  | <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、指定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るか。   | <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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (6) 苦情の内容等を記録しているか。   | <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記録しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 運営規程（従来型）         | (1) 次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。<br><input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容<br><input type="checkbox"/> 入所定員<br><input type="checkbox"/> 入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> その他施設の運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)              | (2) 次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。<br><input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容<br><input type="checkbox"/> 入居定員<br><input type="checkbox"/> ユニットの数及びユニットごとの入居定員<br><input type="checkbox"/> 入居者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額の内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> その他施設の運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 勤務体制の確保等（従来型）     | (1) 入所者に対し、適切な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 施設ごとに、原則として月ごとに勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確に定めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (3) 当該施設の従業者によって指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供しているか。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (4) 従業者に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しているか。<br><input type="checkbox"/> 年間研修計画の策定（有・無）<br><input type="checkbox"/> 研修機会の確保<br><input type="checkbox"/> 感染症・食中毒①（年 月 日）、②（年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 事故対応①（年 月 日）、②（年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 苦情処理（年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止①（年 月 日）、②（年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 褥瘡対策（年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 研修記録（有・無）<br><input type="checkbox"/> 欠席者への対応方法・情報共有方法（ ）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (令和6年3月31日までの経過措置あり) | (5) 研修の機会を確保するにあたっては、当該地域密着型介護老人福祉施設は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。<br>認知症介護基礎研修を受講させるために講じている措置の内容（ ）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                   |   |                          |                          |                          |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                   | (6) 適切な指定地域密着型介護福祉施設入居者生活介護の提供を確保する観点から、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)                           | (7) ユニット型施設は、入居者に対し、適切な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | (8) 施設ごとに、原則として月ごとに勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確に定めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | (9) (8)の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、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する観点から、次に掲げる職員配置を行っているか。<br><br><input type="checkbox"/> 昼間については、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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | (10) 当該ユニット型施設の従業者によって指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供しているか。ただし、入居者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | (11) 従業者に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しているか。<br><br><input type="checkbox"/> 年間研修計画の策定 (有・無)<br><input type="checkbox"/> 感染症・食中毒①(年月日)、②(年月日)<br><input type="checkbox"/> 事故対応①(年月日)、②(年月日)<br><input type="checkbox"/> 苦情処理(年月日)<br><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止①(年月日)、②(年月日)<br><input type="checkbox"/> 褥瘡対策(年月日)<br><input type="checkbox"/> 研修記録(有・無)<br><input type="checkbox"/> 欠席者への対応方法・情報共有方法( )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (令和6年3月31日までの経過措置あり)              | (12) 研修の機会を確保するにあたっては、当該ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、全ての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | (13) 適切な指定地域密着型介護福祉施設入居者生活介護の提供を確保する観点から、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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 業務継続計画の策定等(令和6年3月31日までの経過措置あり) | (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | (2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。<br>なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって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すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。<br><br><input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画<br><input type="checkbox"/> a 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)<br><input type="checkbox"/> b 初動対応<br><input type="checkbox"/> c 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)<br><br><input type="checkbox"/> □ 災害に係る業務継続計画<br><input type="checkbox"/> a 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)<br><input type="checkbox"/> b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)<br><input type="checkbox"/> c 他施設及び地域との連携 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|               |   |                          |                          |                          |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | <p>(3) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(4) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行っているか。</p> <p>職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。</p> <p>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差し支えない。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(5) 訓練（シミュレーション）においては、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に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。</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ある。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(6) 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るか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 定員の遵守(従来型) | <p>(1) 入所定員及び居室の定員を超えて入所させていないか。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)       | <p>(2) ユニットごとの入居定員及び居室の定員を超えて入居させていないか。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。</p>  | <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を立てているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 火災、風水害、地震等に対応した内容となっている</p> <p>【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険施設等の立地条件（地形 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害に関する情報の入手方法（「高齢者等避難」等の情報の入手方法の確認等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害時の連絡先及び通信手段の確認（自治体、家族、職員 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難を開始する時期、判断基準（「高齢者等避難発令」時 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難場所（市が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等） 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害時の人員体制、指揮系統（災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等）</p> <p><input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制 等</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(2) 防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所においても、防火管理について責任者を定めているか。</p> <p>防火管理者：（ ）</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(3) 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するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p><input type="checkbox"/> 消防訓練（年 回）</p> <p>直近実施日（ 年 月 日）（昼間・夜間想定）</p> <p>前回実施日（ 年 月 日）（昼間・夜間想定）</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p><input type="checkbox"/> 機器点検（年 回） ※年2回必要</p> <p>直近実施日（ 年 月 日）</p> <p>前回実施日（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 総合点検（年 回） ※年1回必要</p> <p>直近実施日（ 年 月 日）</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(4) (3)に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 31 衛生管理等  |  |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) 入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っているか。<br><input type="checkbox"/> 感染症予防の観点から感染予防マニュアルを整備しているか。<br><input type="checkbox"/> 感染症マニュアルの内容を職員に周知しているか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ア 調理及び配膳に伴う衛生は、食品衛生法等関係法規に準じて行っているか。  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 食事の提供に使用する食器等の消毒も適正に行っているか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ 簡易専用水道【有効容量が10m <sup>3</sup> を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年1回以上法定検査を受けているか。<br>法定検査受検日（      年      月      日）<br>水質検査実施日（      年      月      日）   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| エ 貯水槽（受水槽）を使用している場合、清掃を年1回以上行っているか。<br>清掃実施日（      年      月      日）   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| オ 井戸水を使用している場合、必要な水質検査を年1回以上実施し、適切に衛生管理を行っているか。<br>水質検査実施日（      年      月      日）   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| カ 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るか。<br><input type="checkbox"/> 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以上を保たれている。<br><input type="checkbox"/> 浴槽水を適切に（1週間に1回以上）交換し、清掃を行っている。<br>※浴槽水交換頻度（      回/週）<br><input type="checkbox"/> 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る。（高齢者施設の場合、1年に2回以上が望ましい）<br>1回目：時期（      年      月      日）結果（      ）<br>2回目：時期（      年      月      日）結果（      ）<br><input type="checkbox"/> 水質検査を実施した場合には、その結果を市に報告している。 |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| キ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ク インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等に基づき、適切な措置を講じているか。  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ケ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じているか。  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ① 当該施設における感染症及び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（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。）をおおむね3月に1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るか。<br>直近開催日（      年      月      日）<br>前回開催日（      年      月      日）  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ア 専任の感染対策担当者（看護師であることが望ましい）を決めているか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。<br>参照：「介護現場における感染対策の手引き」   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ア 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るか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 発生時における施設内の連絡体制や関係機関（医療機関、保健所、市施設関係課等）への連絡体制を整備し、明記しているか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ 調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、施設の指針を周知しているか。   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                          |  |                          |                          |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (令和6年3月31日までの経過措置あり)     | <p>③ 当該施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施しているか。</p> <p>直近の訓練実施日（ 年 月 日）</p> <input type="checkbox"/> 年2回以上開催しているか。<br><input type="checkbox"/> 新規採用時には実施しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | <p>④ ①②③に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行っているか。</p> <p>(3) 医薬品及び医療用具の管理は適切か。</p> <input type="checkbox"/> 医薬品は施錠のできる場所に保管されているか。<br><input type="checkbox"/> 冷蔵庫に医薬品と食品が混在しないよう配慮しているか。<br><input type="checkbox"/> 医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険をとまなうものについては管理責任者を定めているか。（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。）<br><input type="checkbox"/> 医薬品、薬剤の取扱いにおいて誤薬誤飲防止等の入居者に対する安全対策を講じているか。 <p>(4) 以下の対応を行っているか。</p> <input type="checkbox"/> シーツ交換は週1回以上行っているか。<br><input type="checkbox"/> 清潔リネン庫に清掃用具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置いていないか。<br><input type="checkbox"/> 共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしているか。（職員、利用者共）<br><input type="checkbox"/> 手指消毒剤又は消毒器を設置しているか。 <p>(5) 職員の健康管理について、年間1回以上（深夜勤務を行う者は半年に1回以上）定期健康診断を実施しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 医療機関との協力体制等           | <p>(1) 入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、医療機関との間に協力体制を整備しているか。</p> <p>(2) あらかじめ、歯科診療を行う医療機関との間に協力体制を整備しておくよう努めているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 掲示                    | <p>(1) 当該施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。</p> <input type="checkbox"/> 運営規程の概要<br><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制<br><input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <p>(2) (1)に規定する事項を記載した書面を当該指定地域密着型介護老人福祉施設に備え付け、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、(1)の規定による掲示に代えることができる。このような事例はあるか。（有・無）</p> <p>(3) 以下の掲示があるか。</p> <input type="checkbox"/> 高齢者虐待に関する通報窓口<br><input type="checkbox"/> 献立表   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 秘密保持等                 | <p>(1) 施設の従業者は、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していないか。</p> <p>(2) 従業者であった者が、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るか。</p> <p>(3) 指定居宅介護支援事業者等に対して、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入所者の同意を得ているか。</p> <input type="checkbox"/> 利用者の同意<br><input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 広告                    | <p>当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていないか。</p>  | <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 | <p>(1) 指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該指定地域密着型介護老人福祉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を供与していないか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|            |  |                          |                          |                          |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|            | (2) 指定居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該指定地域密着型介護老人福祉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収受していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 苦情処理    | (1) 提供した指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。<br>苦情対応マニュアル（有・無）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (2) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、入所申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、施設に掲示しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (3) (1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (4) 提供した指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び入所者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (5) 市からの求めがあった場合には、(4)の改善の内容を市に報告しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (6) 提供した指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (7) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(6)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (8) 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、サービスの質の向上に向けた取組を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 地域との連携等 | (1) 入所者、入所者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は当該施設が所在する区域を管轄する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協議会（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。ただし、利用者等が参加する場合には、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らない。）（以下「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けているか。<br><br>直近1年間の開催実績<br>( 年 月 日 ) ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 )<br>( 年 月 日 ) ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (2) 運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の合同開催も差し支えないが、以下の条件を満たしているか。<br><br><input type="checkbox"/> 入所者及び入所者家族は匿名とするなど個人情報・プライバシーを保護すること。<br><input type="checkbox"/> 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (3) 事業者は、(1)の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しているか。<br>会議録（有・無）<br>公表方法（ ）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (4) 運営推進会議の会議録を市へ提出しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (5) その事業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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | (6) 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るか。<br><input type="checkbox"/> 介護相談員の受け入れ（有・無）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                               |   |                          |                          |                          |
|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                               | <p>(4) 「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 施設における虐待の防止に関する基本的考え方</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</li> <li><input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</li> <li><input type="checkbox"/> 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</li> <li><input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               | (5) 当該施設において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               | (6) 職員教育を組織的に徹底させていくために、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、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しているか。<br>また、研修の実施内容について記録しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               | (7) (1)から(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。<br>担当者（ ）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               | (8) 施設の従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               | <p>(9) 入所する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 会計の区分                      | 指定地域密着型介護老人福祉施設ごとに経理を区分するとともに、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 記録の整備<br>(2)は令和4年4月1日から施行) | <p>(1) 従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備しているか。</p> <p>(2) 入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に関する次の次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 地域密着型施設サービス計画</li> <li><input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録</li> <li><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の態様及び時間、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の記録</li> <li><input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録</li> <li><input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 変更の届出等                     | 運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、10日以内に、その旨を市に届け出ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 電磁的記録等                     | <p>(1) 施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。このような事例はあるか。<br/>（有・無）</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| (2) 施設及びその従業者は、交付、説明、同意、承諾その他これに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている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、電磁的方法（電磁的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。このような事例はあるか。（有・無） | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|

## 第5 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）

出典：大阪府 登録特定行為事業者 自主点検表（令和2年3月16日 更新分）

○文章中、「法」とは「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年5月26日法律第30号）」を、「省令」とは「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）」を指します。

| 項 目    | 内 容  | 適 | 不適 | 非該当 |
|--------|--|---|----|-----|
| 1 登録基準 | 登録番号（ ）  |   |    |     |
|        | (1) 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令で定める以下の基準に適合しているか。   |   |    |     |
|        | ① 介護福祉士（認定特定行為業務従事者）による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。   | □ | □  | □   |
|        | ② 喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士（認定特定行為業務従事者）と共有することにより、適切な役割分担を図っているか。  | □ | □  | □   |
|        | ③ 対象者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成しているか。  | □ | □  | □   |
|        | ④ 喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随時看護職員に報告しているか。  | □ | □  | □   |
|        | ⑤ 作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っているか。   | □ | □  | □   |
|        | ⑥ 喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出しているか。<br>※報告の頻度は特に定めはないが、一定程度の頻度で行うこと  | □ | □  | □   |
|        | ⑦ 対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。   | □ | □  | □   |
|        | ⑧ ①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しをしているか。   | □ | □  | □   |
|        | (2) 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されていること。その他安全かつ適正に実施するために必要な措置を講じているか。  |   |    |     |
|        | ① 喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせているか。<br>※認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉士等に対し喀痰吸引等業務を行かせた場合は、登録取消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。 | □ | □  | □   |
|        | ② 医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他対象者の安全を確保するために必要な体制を確保しているか。<br>【委員会のメンバー】<br>・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。<br>※メンバーの職種記載<br><br>( )   | □ | □  | □   |
|        | ※安全委員会は、多職種から構成すること。<br>※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す所掌内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可  |   |    |     |

|               |  |                          |                          |                          |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | <p>&lt;安全確保体制における具体的取組内容&gt;<br/>                 安全委員会等においては、以下について取り決めを行っているか。<br/> <input type="checkbox"/> 当該委員会の設置規程に関する事。<br/> <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関する事。<br/> <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関する事。<br/> <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者等の教育等に関する事。<br/> <input type="checkbox"/> ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討<br/> <input type="checkbox"/> その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関する事。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>&lt;安全委員会等の運用上の留意事項&gt;<br/>                 安全委員会等の運用においては、以下の点に留意しているか。<br/> <input type="checkbox"/> 安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。<br/> <input type="checkbox"/> 当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。</p> <p>※喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | ③ 喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | ④ 備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | ⑤ 計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | ⑥ 喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 登録の変更に関する事項 | 登録の変更は適切に行っているか。<br><input type="checkbox"/> 法人の名称 <input type="checkbox"/> 法人の住所 <input type="checkbox"/> 法人の代表者<br><input type="checkbox"/> 事業所の名称 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地 <input type="checkbox"/> 業務方法書<br><input type="checkbox"/> 法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/> 登録特定行為<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者の名簿   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

第6 業務管理体制の整備

| 項目                | 内 容  | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 業務管理体制整備に係る届出書の提出 | 事業者（法人）において、①～③の区分に応じ、業務管理体制を整備するとともに、当該整備に係る事項を記載した届出書を、所管庁に提出しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | ① 法令遵守責任者の選任 【全ての法人】<br>法令遵守責任者の届出（ 済 ・ 未 ）<br>所属・職名<br>氏名   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | ② 法令遵守規程の整備【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】<br>①に加えて、規程の概要の届出（ 済 ・ 未 ）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | ③ 業務執行の状況の監査の定期的な実施【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】<br>①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出（ 済 ・ 未 ）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | 届出事項に変更があったときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ているか。<br>※ 事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、届出が必要  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | 所管庁に変更があったときは、変更後の届出書を、変更後の所管庁及び変更前の所管庁の双方に届け出ているか。<br>※所管庁（届出先）<br>◎指定事業所又は施設が3以上の地方厚生局の区域に所在する事業者<br>・・・・厚生労働大臣（厚生労働省老健局）<br>◎指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在し、かつ2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者<br>・・・・主たる事務所の所在地の都道府県知事<br>◎すべての指定事業所が豊中市内に所在する事業者<br>・・・・豊中市長（長寿社会政策課）<br>◎上記以外の事業者・・・大阪府知事（福祉部高齢介護室介護事業者課） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

第7 介護給付費の算定及び取扱い

| 項目 | 内 容 | 適 | 不適 | 非該当 |
|----|-----|---|----|-----|
|----|-----|---|----|-----|

|                         |   |                          |                          |                          |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 基本的事項<br>(入所等の日数の数え方) | (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いるか。  | <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等又は介護保険施設（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、施設サービス費を算定しているか。<br><input type="checkbox"/> 当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合<br><input type="checkbox"/> 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"/> |
|                         | (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、施設サービス費を算定しているか。<br><input type="checkbox"/> 当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合<br><input type="checkbox"/> 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"/> |
| (定員超過)                  | (1) 月平均の入所者数（空床利用型の指定短期入所生活介護の利用者数を含む）が運営規程で定めた入所定員を超える場合には、全入所者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 市が行った措置又は病院若しくは診療所に入院中の入所者の再入所の時期が見込みより早い時期になったことにより、やむを得ず入所定員を超える場合（月平均の入所者数が、運営規程に定められている入所定員の100分の105を超える）にあっては、全入所者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (3) 要介護被保険者の緊急その他の事情を勘案してやむを得ない場合にあって、当該施設に併設される指定短期入所生活介護事業所の施設を利用して地域密着型介護福祉施設サービスを提供することにより、運営規程に定められている入所定員の数に100分の105を乗じて得た数を超える場合には、全入所者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (人員欠如)                  | (1) 次の①②のいずれかに該当するとき、全入居者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | ① 常勤換算方法で入居者数の合計数が3またはその端数を増すごとに1人以上の介護職員または看護職員を置いていない。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | ② 指定基準に定める員数の介護支援専門員を置いていない。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (夜勤職員減算)                | (1) 当該施設における夜勤時間帯<br>■ 設定した夜勤時間帯（ : ~ : ）<br>※夜勤時間帯とは、午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間を行い、原則として事業所又は施設ごとに設定するもの。   |                          |                          |                          |
|                         | (2) 以下の①②に掲げる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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (従来型)                   | ① 夜間勤務職員の基準を満たしているか。<br><input type="checkbox"/> 入所者数 25人以下 ⇒ 介護・看護職員 1人以上配置<br><input type="checkbox"/> 入所者数 26人以上29人以下 ⇒ 介護・看護職員 2人以上配置   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)                 | ② 2のユニットごとに夜勤を行う介護職員または看護職員数を1以上配置しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ユニットケア減算              | 以下の①②に掲げる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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | 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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | ② ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 特定入所者介護サービス費          | (1) 居住費及び食費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るか。   | <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ないか。  | <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るか。  | <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るか。  | <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ないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 身体拘束廃止未実施減算                            | <p>以下に該当する場合、所定の単位を減算しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等を行う際の記録がない。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない。その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図っていない。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束適正化のための指針を整備していない。</p> <p><input type="checkbox"/> 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定期的な研修を実施していない。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 安全管理体制未実施減算                            | <p>以下の項目に適合していない場合、所定の単位を減算しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (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している。</p> <p><input type="checkbox"/> (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について、従業者に周知徹底を図る体制を整備している。</p> <p><input type="checkbox"/> (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っている。</p> <p><input type="checkbox"/> (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いている。</p>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 栄養管理の基準を満たさない場合の減算（令和6年3月31日までの経過措置あり） | <p>以下の項目に適合していない場合、所定の単位を減算しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 栄養士又は管理栄養士を一以上配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> (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。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 日常生活継続支援加算（I）                          | <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か。</p> <p>(2) 次のいずれかに該当しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第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"/> |



|                        |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|
|                        | <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以上であるか。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以上であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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（以下「介護機器」という。）を複数種類使用していること。</li> <li><input type="checkbox"/> 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（入所者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。）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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 入所者の安全及びケアの質の確保</li> <li><input type="checkbox"/> ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> iii 介護機器の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修</li> </ul> </li> </ul> | □ | □ | □ |
|                        | <p>(4) 併設型のショートステイと兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分する方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で（例：前年度の入所者数平均が40人の本体施設と10人のショートステイの間で均等に兼務している場合は常勤換算でそれぞれ0.8人と0.2人とするなど）、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定のための計算の対象としているか。</p> <p>その際、実態として本体施設と併設のショートステイにおける勤務時間が1：1程度の割合で兼務している介護福祉士を本体施設のみにおいてカウントするなど、勤務実態と著しく乖離した処理を行うことは認められない。</p> <p>空床利用型のショートステイについては、ショートステイに係る業務を本体施設における業務と分離して考えることは困難であるため、特に按分を行わず、本体施設に勤務する職員として数えて差し支えない。</p>   | □ | □ | □ |
|                        | <p>(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。</p>  | □ | □ | □ |
|                        | <p>(6) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p>  | □ | □ | □ |
| <p>8 日常生活継続支援加算(Ⅱ)</p> | <p>(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か。</p>  | □ | □ | □ |
|                        | <p>(2) 次のいずれかに該当しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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以上であるか。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第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以上であるか。</li> </ul>  | □ | □ | □ |

|               |  |                          |                          |                          |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | <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以上であるか。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以上であること。</p> <p><input type="checkbox"/> 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（以下「介護機器」という。）を複数種類使用していること。</p> <p><input type="checkbox"/> 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（入所者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。）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><input type="checkbox"/> 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> <p><input type="checkbox"/> i 入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p><input type="checkbox"/> ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p><input type="checkbox"/> iii 介護機器の定期的な点検</p> <p><input type="checkbox"/> iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | <p>(4) 併設型のショートステイと兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で（例：前年度の入所者数平均が40人の本体施設と10人のショートステイの間で均等に兼務している場合は常勤換算でそれぞれ0.8人と0.2人とするなど）、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定のための計算の対象とする。その際、実態として本体施設と併設のショートステイにおける勤務時間が1：1程度の割合で兼務している介護福祉士を本体施設のみにおいてカウントするなど、勤務実態と著しく乖離した処理を行うことは認められない。</p> <p>空床利用型のショートステイについては、ショートステイに係る業務を本体施設における業務と分離して考えることは困難であるため、特に按分を行わず、本体施設に勤務する職員として数えて差し支えない。</p>  | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (6) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 看護体制加算(Ⅰ)イ  | (1) 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か。   | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (3) 併設の短期入所生活介護事業所における看護師の配置にかかわらず、地域密着型介護老人福祉施設として別に1名以上の常勤の看護師の配置を行っているか。  | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 看護体制加算(Ⅰ)ロ | (1) 経過的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か。   | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (3) 併設の短期入所生活介護事業所における看護師の配置にかかわらず、地域密着型介護老人福祉施設として別に1名以上の常勤の看護師の配置を行っているか。  | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 看護体制加算(Ⅱ)イ | (1) 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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (2) 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (3) 併設の短期入所生活介護事業所における看護職員の配置にかかわらず、看護職員の地域密着型介護老人福祉施設における勤務時間を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除した数が、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上となっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (4) 当該施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                        | <p>(5) 「24時間連絡できる体制」(施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制)が整備されているか。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>③ 施設内研修等を通じ、介護職員及び看護職員に対して、①及び②の内容が周知されていること。</p> <p><input type="checkbox"/>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> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12 看護体制加算(Ⅱ)ロ</b>   | (1) 経過的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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (2) 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (3) 併設の短期入所生活介護事業所における看護職員の配置にかかわらず、看護職員の地域密着型介護老人福祉施設における勤務時間を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除した数が、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上となっているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (4) 当該施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | <p>(5) 「24時間連絡できる体制」(施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制)が整備されているか。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>③ 施設内研修等を通じ、介護職員及び看護職員に対して、①及び②の内容が周知されていること。</p> <p><input type="checkbox"/>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> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ</b> | (1) 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か   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |  |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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を確認すること。                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (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及び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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>14 夜勤職員配置加算(I) <input type="checkbox"/></p>  | <p>(1) 経過的な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か。</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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を確認すること。                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (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及び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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>15 夜勤職員配置加算(II) <input type="checkbox"/></p> | <p>(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を算定しているか。</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
|   | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数の10分の9を加えた数 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数の10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあつては、最低基準の数の10分の8を加えた数) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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人と共同して、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。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (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及び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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  |  |  |  |
| 16 夜勤職員配置加算(Ⅱ) <input type="checkbox"/> | <p>(1) 経過的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か。</p> <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数の10分の9を加えた数 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数の10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあつては、最低基準の数の10分の8を加えた数) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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人と共同して、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。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (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及び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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |  |  |  |
| 17 夜勤職員配置加算(Ⅲ) <input type="checkbox"/> | (1) 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か。  |  |  |  |

|                 |   |  |  |  |
|-----------------|---|--|--|--|
|                 | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <p><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数</p> <p><input type="checkbox"/> i 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。</p> <p><input type="checkbox"/> ii 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> <p><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数)</p> <p><input type="checkbox"/> i 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置していること。</p> <p><input type="checkbox"/> ii 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。</p> <p><input type="checkbox"/> iii 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><input type="checkbox"/> (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及び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><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p><input type="checkbox"/> (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</p> |  |  |  |
|                 | <p>(3) 夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> a 介護福祉士であって、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</p> <p><input type="checkbox"/> b 特定登録証の交付を受けた特定登録者</p> <p><input type="checkbox"/> c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者</p> <p><input type="checkbox"/> d 認定特定行為業務従事者</p>   |  |  |  |
|                 | <p>(4) (3)a、b、cの場合は喀痰吸引等業務の登録を、(3)dの場合は特定行為業務の登録を受けているか。</p>  |  |  |  |
| 18 夜勤職員配置加算(Ⅲ)□ | <p>(1) 経過的な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か。</p>   |  |  |  |

|                 |   |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|---|
|                 | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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人と共同して、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。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (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及び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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | □ | □ | □ |
|                 | <p>(3) 夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 介護福祉士であって、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</li> <li><input type="checkbox"/> b 特定登録証の交付を受けた特定登録者</li> <li><input type="checkbox"/> c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者</li> <li><input type="checkbox"/> d 認定特定行為業務従事者</li> </ul>  | □ | □ | □ |
|                 | <p>(4) (3)a、b、cの場合は喀痰吸引等業務の登録を、(3)dの場合は特定行為業務の登録を受けているか。</p>  | □ | □ | □ |
| 19 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ | <p>(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を算定しているか。</p>  | □ | □ | □ |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
|   | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <p><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数</p> <p><input type="checkbox"/> i 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。</p> <p><input type="checkbox"/> ii 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> <p><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数)</p> <p><input type="checkbox"/> i 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置していること。</p> <p><input type="checkbox"/> ii 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。</p> <p><input type="checkbox"/> iii 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><input type="checkbox"/> (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要なとする入所者への訪問及び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><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p><input type="checkbox"/> (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</p> |  |  |  |
|   | <p>(3) 夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> a 介護福祉士であって、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</p> <p><input type="checkbox"/> b 特定登録証の交付を受けた特定登録者</p> <p><input type="checkbox"/> c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者</p> <p><input type="checkbox"/> d 認定特定行為業務従事者</p>   |  |  |  |
|   | <p>(4) (3)a、b、cの場合は喀痰吸引等業務の登録を、(3)dの場合は特定行為業務の登録を受けているか。</p>  |  |  |  |
| 20 夜勤職員配置加算(Ⅳ) <input type="checkbox"/> | <p>(1) 経過的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か。</p>  |  |  |  |



|                         |  |                          |                          |                          |
|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っているか。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か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数<br/>(ユニット型以外で夜勤職員基準に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準の数に10分の8を加えた数)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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。                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (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及び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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(3) 夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 介護福祉士であって、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</li> <li><input type="checkbox"/> b 特定登録証の交付を受けた特定登録者</li> <li><input type="checkbox"/> c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者</li> <li><input type="checkbox"/> d 認定特定行為業務従事者</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(4) (3)a、b、cの場合は喀痰吸引等業務の登録を、(3)dの場合は特定行為業務の登録を受けているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>21 準ユニットケア加算</p>     | <p>(1) 12人を標準とする準ユニットにおいてケアを行っているか。</p>  | <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個室的なしつらえを整備し、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(3) 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しているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(4) 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しているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(5) 準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>22 生活機能向上連携加算(I)</p> | <p>(1) 外部との連携により、入所者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、入所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月につき加算しているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(2) 個別機能訓練加算を算定していないか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(3) 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、当該施設の機能訓練指導員等が共同して入所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か。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | <p>(4) 個別機能訓練計画に基づき、入所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、入所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か。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                  |   |                          |                          |                          |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  | (5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入所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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (6) 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入所者又はその家族（以下「入所者等」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いるか。                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (7) 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、入所者ごとに保管され、常に当該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いるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | (1) 外部との連携により、入所者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、1月につき加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 個別機能訓練加算を算定している場合100単位としているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (3) 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。）が、当該施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して入所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か。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (4) 個別機能訓練計画に基づき、入所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、入所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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入所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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (6) 理学療法士等は、3月ごとに1回以上施設を訪問し、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入所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いるか。                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (7) 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、入所者ごとに保管され、常に当該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いるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 個別機能訓練加算(Ⅰ)   | (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 入所者に対して、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、入所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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (3) 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回以上入所者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (4) 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しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 個別機能訓練加算(Ⅱ)   | (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 入所者に対して、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、入所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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (3) 個別機能訓練加算(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ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (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回以上入所者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (5) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |   |  |                          |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|--|---|--|--------------------------|--------------------------|---|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--|--------------|---|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | (6) 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しているか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| 26 ADL維持等加算(I)   | (1) 入所者に対して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は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定しているか。ただし、ADL維持等加算(II)は算定していないか。                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (2) 評価対象者（当該施設の利用期間(3)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。）の総数が10人以上であるか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (3) 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（以下この号において「ADL値」という。）を測定し、測定し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るか。 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (4) 評価対象利用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以上であるか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (5) 厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行っているか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (6) 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、以下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しているか。                                    | <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">1 2以外の者</td> <td>ADL値が0以上25以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者</td> <td>ADL値が0以上25以下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>4</td> </tr> </table> | 1 2以外の者                  | ADL値が0以上25以下             | 3 | ADL値が30以上50以下 | 3 | ADL値が55以上75以下 | 4 | ADL値が80以上100以下 | 5 | 2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者 | ADL値が0以上25以下 | 2 | ADL値が30以上50以下 | 2 | ADL値が55以上75以下 | 3 | ADL値が80以上100以下 | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | 1 2以外の者   |  |                          | ADL値が0以上25以下             | 3 |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| ADL値が30以上50以下  |   |  |                          | 3                        |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| ADL値が55以上75以下  |   |  |                          | 4                        |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| ADL値が80以上100以下   |   |  | 5                        |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| 2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者   | ADL値が0以上25以下  | 2  |                          |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | ADL値が30以上50以下   | 2  |                          |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | ADL値が55以上75以下   | 3  |                          |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | ADL値が80以上100以下  | 4  |                          |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| (7) サービスの質の向上を図るため、LIFE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個別機能訓練計画の作成（Plan）、当該計画に基づく個別機能訓練の実施（Do）、当該実施内容の評価（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（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行っているか | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
| 27 ADL維持等加算(II)  | (1) 入所者に対して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は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定しているか。ただし、ADL維持等加算(I)は算定していないか。                                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (2) 評価対象者（当該施設の利用期間(3)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。）の総数が10人以上であるか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (3) 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（以下この号において「ADL値」という。）を測定し、測定し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るか。 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (4) 評価対象利用者のADL利得の平均値が2以上であるか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (5) 厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行っているか。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |
|  | (6) 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、以下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しているか。                                    |  |                          |                          |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |               |   |               |   |                |   |                          |                          |                          |

|  |   |         |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|--|---|---------|--------------|---|---|---|---|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--|--------------|---|---|---|---|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--|--|--|
|  | <table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1 2以外の者</td> <td>ADL値が0以上25以下</td> <td>3</td> <td rowspan="4">□</td> <td rowspan="4">□</td> <td rowspan="4">□</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者</td> <td>ADL値が0以上25以下</td> <td>2</td> <td rowspan="4">□</td> <td rowspan="4">□</td> <td rowspan="4">□</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> | 1 2以外の者 | ADL値が0以上25以下 | 3 | □ | □ | □ | ADL値が30以上50以下 | 3 | ADL値が55以上75以下 | 4 | ADL値が80以上100以下 | 5 | 2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者 | ADL値が0以上25以下 | 2 | □ | □ | □ | ADL値が30以上50以下 | 2 | ADL値が55以上75以下 | 3 | ADL値が80以上100以下 | 4 |  |  |  |
| 1 2以外の者                                      | ADL値が0以上25以下  |         | 3            | □ |   |   |   | □             | □ |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | ADL値が30以上50以下   |         | 3            |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | ADL値が55以上75以下   |         | 4            |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | ADL値が80以上100以下  | 5       |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
| 2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者 | ADL値が0以上25以下  | 2       | □            | □ | □ |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | ADL値が30以上50以下   | 2       |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | ADL値が55以上75以下   | 3       |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | ADL値が80以上100以下  | 4       |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (7) 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個別機能訓練計画の作成（P l a n）、当該計画に基づく個別機能訓練の実施（D o）、当該実施内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）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いるか   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
| 28 若年性認知症入所者受入体制                             | (1) 若年性認知症入所者（初老期における認知症によって要介護者となった者をいう。）に対して、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に加算を算定しているか。   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (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、算定していないか。  | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (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るか。   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
| 29 常勤医師配置加算                                  | 専ら当該施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置しているか。  | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
| 30 精神科医による療養指導加算                             | (1) 認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占める指定地域密着型介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われているか。   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (2) 「認知症である入所者」とは、次のいずれかに該当しているか。<br>□ 医師が認知症と診断した者<br>□ 旧措置入所者にあつては、前記にかかわらず、従来の「老人福祉法による特別養護老人ホームにおける痴呆性老人等介護加算制度について」（平成6年9月30日老計第131号）における認知症老人介護加算の対象者に該当している場合は、医師の診断は必要としない。   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (3) 「精神科を担当する医師」とあるのは、精神科を標榜している医療機関において精神科を担当している医師を指すものであることが原則であるが、過去に相当期間、精神科を担当する医師であった場合や精神保健指定医の指定を受けているなど、その専門性が担保されていると判断できる場合に算定しているか。  | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (4) 精神科を担当する医師について、常勤医師配置加算による常勤の医師に係る加算が算定されている場合は、精神科医による療養指導加算は算定していないか。   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (5) 健康管理を担当する地域密着型介護老人福祉施設の配置医師（嘱託医）が1名であり、当該医師が精神科を担当する医師も兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち月4回（1回あたりの勤務時間3～4時間程度）までは加算の算定の基礎としていないか。<br>（例えば、月6回配置医師として勤務している精神科を担当する医師の場合：6回－4回＝2回となるので、当該費用を算定できることになる。）   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (6) 入所者に対し療養指導を行った記録等を残しているか。   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
| 31 障害者生活支援体制加算(Ⅰ)                            | (1) 視覚、聴覚もしくは言語機能に重度の障害のある者、又は重度の知的障害者若しくは精神障害者（以下「視覚障害者等」という。）である入所者の占める割合が100分の30以上であるか。  | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (2) 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とし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1名以上配置しているか。<br>※「障害者生活支援員」<br>□ 視覚障害（点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者）<br>□ 聴覚障害又は言語機能障害（手話通訳等を行うことができる者）<br>□ 知的障害（知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者）<br>□ 精神障害（精神保健福祉士又は精神保健福祉法施行令第12条各号に掲げる者）   | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |
|  | (3) 障害者生活支援体制加算(Ⅱ)は算定していないか。  | □       | □            | □ |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |              |   |   |   |   |               |   |               |   |                |   |  |  |  |

|                      |  |                          |                          |                          |
|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32 障害者生活支援体制加算(Ⅱ)    | (1) 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50以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 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とし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1名以上配置しているか。<br><br>※「障害者生活支援員」<br><input type="checkbox"/> 視覚障害（点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者）<br><input type="checkbox"/> 聴覚障害又は言語機能障害（手話通訳等を行うことができる者）<br><input type="checkbox"/> 知的障害（知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者）<br><input type="checkbox"/> 精神障害（精神保健福祉士又は精神保健福祉法施行令第12条各号に掲げる者）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (3) 障害者生活支援体制加算(Ⅰ)は算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 入院又は外泊時の費用        | (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は、1月に6日を限度として算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 入院又は外泊の初日及び最終日は、算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 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、指定地域密着型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日を限度として算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 外泊の初日及び最終日は算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (3) 入院又は外泊時の費用を算定している場合は算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (4) 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、地域密着型介護老人福祉施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 従来型個室入所者への対応      | (1) 平成17年9月30日においてユニットに属する個室以外の個室（以下「従来型個室」という。）に入所している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入所するもの（平成17年9月1日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者）に対して、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支給する場合は、当分の間、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費(Ⅱ)を算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 次のいずれかに該当する者に対して、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支給する場合は、それぞれ、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費(Ⅱ)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(Ⅱ)を算定しているか。<br><br><input type="checkbox"/> イ 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<br><input type="checkbox"/> ロ 居室における入所者1人当たりの面積が、10.65平方メートル以下の従来型個室に入所する者<br><input type="checkbox"/> ハ 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 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加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 30日を超える病院又は診療所への入院後に指定地域密着型介護老人福祉施設に再び入所した場合も、同様としているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 再入所時栄養連携加算        | (1) 施設に入所（以下「一次入所」という。）している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該施設に入所（以下「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該施設の管理栄養士が病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に加算しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (2) 入所者1人につき1回を限度としているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (令和6年3月31日までの経過措置あり) | (3) 栄養管理に係る減算を算定していないか。  | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | (5) 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ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                   |   |                          |                          |                          |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>38 退所時等相談援助加算（退所前訪問相談援助加算）</b> | <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のいずれかの職種の者が、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、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、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った場合に、入所中1回（入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあつては、2回）を限度として算定しているか。</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（病院、診療所及び介護保険施設を除く。）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るか。</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する記録を行っているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>39 退所時等相談援助加算（退所後訪問相談援助加算）</b> | <p>(1) 入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に、退所後1回を限度として算定しているか。</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るか。</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する記録を行っているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>40 退所時等相談援助加算（退所時相談援助加算）</b>   | <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、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回を限度として算定しているか。</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つて、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等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の処遇に必要な情報を提供したときも、退所先が居宅である場合と同様に算定しているか。</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する記録を行っているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>41 退所時等相談援助加算（退所前連携加算）</b>     | <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ているか。</p> <p>(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回を限度として算定しているか。</p> <p>(3) 連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行っているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>42 栄養マネジメント強化加算</b>            | <p>(1) 入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施しているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>（令和6年3月31日までの経過措置あり）</b>       | <p>(2) 栄養管理に係る減算を算定していないか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <p>(3) 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置しているか。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か。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <p>(4) 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しているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <p>(5) (4)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か。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       |   |                          |                          |                          |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | (6) 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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (8) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>43 経口移行加算</b>      | (1) 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、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期限に限り、加算しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (令和6年3月31日までの経過措置あり)  | (2) 栄養管理に係る減算を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (3) 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、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、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して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が必要とされるものに対しては、医師の指示に基づき引き続き当該加算を算定しているか。  | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>44 経口維持加算(I)</b>   | (1) 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か。                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (2) 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っては、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、栄養管理を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (令和6年3月31日までの経過措置あり)  | (3) 経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定していないか。   | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (5) 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (6) 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (7) 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (8) 上記(5)から(7)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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>45 経口維持加算(II)</b>  | 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って、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（人員基準により配置される医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>46 口腔衛生管理加算(I)</b> | (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か。  | <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2回以上行っているか。  | <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っているか。  | <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しているか。  | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       |  |                          |                          |                          |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | (6) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (7) 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。）を別紙様式1を参考として作成し、当該施設に提出しているか。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いるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>47 口腔衛生管理加算(Ⅱ)</b> | (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か。   | <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2回以上行っているか。   | <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っているか。   | <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しているか。   | <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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (6) 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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (7) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (8) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>48 療養食加算</b>       | (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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (2) 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (4) 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾（すい）臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (5) 療養食の献立表が作成されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>49 配置医師緊急時対応加算</b> | (1) 当該施設の配置医師が当該施設の求めに応じ、早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。）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は、診療が行われた時間が早朝又は夜間の場合、深夜の場合それぞれ1回につき加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (2) 看護体制加算(Ⅱ)を算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (3) 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的な状況等について、配置医師と当該施設の間で、具体的な取り決めがなされているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (4) 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (5) 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、内容について記録を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>50 看取り介護加算(Ⅰ)</b>  | (1) 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者であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|               |   |                          |                          |                          |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | (2) 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「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。）であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (3) 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。）であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (4) 死亡日以前31日以上45日以下について、死亡日以前4日以上30日以下について、死亡日の前日及び前々日について、死亡日について所定単位を死亡月に加算しているか。<br>ただし、退去した日の翌日から死亡日までの間は、算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (5) 常勤の看護師を1名以上配置し、当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは指定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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (6) 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対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (7) 説明の際には、入所者等の理解を助けるため、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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (8) 具体的には、看取り介護を実施するに当たり、<br><input type="checkbox"/> 終末期にたどる経過<br><input type="checkbox"/> 施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢<br><input type="checkbox"/> 医師や医療機関との連携体制<br>などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (9) 指針に盛り込むべき項目として以下の内容が含まれているか。<br>(例示)<br><input type="checkbox"/> 当該施設の看取りに関する考え方<br><input type="checkbox"/> 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方<br><input type="checkbox"/> 施設において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢<br><input type="checkbox"/> 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）<br><input type="checkbox"/> 入所者等への情報提供及び意思確認の方法<br><input type="checkbox"/> 入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式<br><input type="checkbox"/> 家族等への心理的支援に関する考え方<br><input type="checkbox"/> その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (10) 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っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (11) 看取りに関する職員研修を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (12) 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っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (13) 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には、介護記録にその説明日時、内容、同意を得た旨を記載しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51 看取り介護加算(Ⅱ) | (1) 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者であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (2) 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「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。）であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               | (3) 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。）であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       |  |                          |                          |                          |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | (4) 死亡日以前31日以上45日以下について、死亡日以前4日以上30日以下について、死亡日の前日及び前々日について、死亡日について所定単位を死亡月に加算しているか。<br>ただし、看取り介護加算(I)を算定している場合は、算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (5) 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と当該指定地域密着型介護老人福祉施設の間で、具体的な取決めがなされているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (6) 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (7) 常勤の看護師を1名以上配置し、当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは指定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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (8) 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対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (9) 説明の際には、入所者等の理解を助けるため、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (10) 具体的には、看取り介護を実施するに当たり、<br><input type="checkbox"/> 終末期にたどる経過<br><input type="checkbox"/> 施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢<br><input type="checkbox"/> 医師や医療機関との連携体制<br>などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (11) 指針に盛り込むべき項目として以下の内容が含まれているか。<br>(例示)<br><input type="checkbox"/> 当該施設の看取りに関する考え方<br><input type="checkbox"/> 終末期にたどる経過(時期、プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方<br><input type="checkbox"/> 施設において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢<br><input type="checkbox"/> 医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む)<br><input type="checkbox"/> 入所者等への情報提供及び意思確認の方法<br><input type="checkbox"/> 入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式<br><input type="checkbox"/> 家族等への心理的支援に関する考え方<br><input type="checkbox"/> その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (12) 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っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (13) 看取りに関する職員研修を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (14) 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っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (15) 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には、介護記録にその説明日時、内容、同意を得た旨を記載しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>52 在宅復帰支援機能加算</b>  | (1) 入所者の家族との連絡調整を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (2) 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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (3) 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。以下「退所者」)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(当該施設における入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。)の占める割合が100分の20を超えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (4) 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること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、記録しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | (5) 当該加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>53 在宅・入所相互利用加算</b> | (1) 在宅生活を継続する観点から、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であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                     |  |                          |                          |                          |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | (2) 在宅での生活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等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (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、記録しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54 小規模拠点集合型施設加算     | 同一敷地内に複数の居住単位を設けて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ている施設において、5人以下の居住単位に入所している入所者については、1日につき所定単位数を加算しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55 認知症専門ケア加算(I)     | (1) 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者に対し専門的な認知症ケアを行った場合に算定しているか。<br>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法<br><input type="checkbox"/> 医師の判定結果<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 施設における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」）の占める割合が2分の1以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (4) 「認知症介護に係る専門的な研修」を修了している者は、「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者であるか。<br>（氏名 年 月 日修了）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (5) 当該施設の従業者に対して、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56 認知症専門ケア加算(II)    | (1) 厚生労働大臣が定める入所者（日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者）に対し専門的な認知症ケアを行った場合は算定しているか。<br>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法<br><input type="checkbox"/> 医師の判定結果<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 施設における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」）の占める割合が2分の1以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (4) 「認知症介護に係る専門的な研修」を修了している者としては、「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者であるか。<br>（氏名 年 月 日修了）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (5) 当該施設の従業者に対して、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (6) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (7) 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」終了している者とは、「認知症介護指導者養成研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者であるか。<br>（氏名 年 月 日修了）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (8) 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施または実施を予定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57 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に、入所した日から起算して7日を限度として、算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                   |   |                          |                          |                          |
|-------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                   | (2) 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か。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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58 褥瘡マネジメント加算(I)  | (1) 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (2) (1)の評価結果等の情報を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。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (3) (1)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利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (4) 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (5) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (6) 褥瘡マネジメント加算(II)を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (7) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59 褥瘡マネジメント加算(II) | (1) 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (2) (1)の評価結果等の情報を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。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (3) (1)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利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (4) 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (5) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (6) (1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生がないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (7) 褥瘡マネジメント加算(I)を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (8) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60 排せつ支援加算(I)     | (1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が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"/> |
|                   | (2) (1)の評価の結果、排せつ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"/> |
|                   | (3) (1)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"/> |
|                   | (4) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | (5) 排せつ支援加算(II)及び排せつ支援加算(III)を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61 排せつ支援加算(II)    | (1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が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"/> |

|                          |  |                          |                          |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          | (2) (1)の評価の結果、排せつ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"/> |
|                          | (3) (1)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"/> |
|                          | (4) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。<br><input type="checkbox"/> (一) (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。<br><input type="checkbox"/> (二) (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ものについて、おむつを使用しなくなったこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (5) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (6) 排せつ支援加算(Ⅰ)及び排せつ支援加算(Ⅲ)を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>62 排せつ支援加算(Ⅲ)</b>     | (1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が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"/> |
|                          | (2) (1)の評価の結果、排せつ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"/> |
|                          | (3) (1)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"/> |
|                          | (4) (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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (5) (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ものについて、おむつを使用しなくなったか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (6) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (7) 排せつ支援加算(Ⅰ)及び排せつ支援加算(Ⅱ)を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>63 自立支援促進加算</b>       | (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"/> |
|                          | (2) (1)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、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (3) (1)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。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (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。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (5) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>64 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)</b> | (1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔(くう)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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                    |  |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)  | (1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔(くう)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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) (1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66 安全対策体制加算        | (1) 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、入所初日に限り加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 以下の項目に適合しているか。<br><br><input type="checkbox"/> (一) 事故が発生した場合の対応、(二)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。<br><input type="checkbox"/> (二) 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について、従業員に周知徹底を図る体制を整備すること。<br><input type="checkbox"/> (三) 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。)及び従業員に対する研修を定期的に行うこと。<br><input type="checkbox"/> (四) (一)～(三)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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) (2)の四に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けているか。<br>外部研修受講日( 年 月 日)<br>研修内容( )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 当該指定地域密着型介護老人福祉施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | (1) 次のいずれかに適合しているか。<br><br><input type="checkbox"/> (一) 指定地域密着型介護老人福祉施設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。<br><input type="checkbox"/> (二) 指定地域密着型介護老人福祉施設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"/> |
|                    | (2) 提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の向上に資する取組を実施しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 日常生活継続支援加算を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (5) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | (1) 指定地域密着型介護老人福祉施設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以上であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) 日常生活継続支援加算を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                    |   |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 69 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | (1) 次のいずれかに適合しているか。<br><br><input type="checkbox"/> (一) 指定地域密着型介護老人福祉施設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。<br><input type="checkbox"/> (二) 指定地域密着型介護老人福祉施設の看護・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。<br><input type="checkbox"/> (三) 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を入所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"/> |
|                    | (2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) 日常生活継続支援加算を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)   | (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み額が介護職員処遇改善加算の算定見込み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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 施設において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (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しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 施設において、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しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (6) 施設において、労働保険料の納付を適正に行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。<br><br><input type="checkbox"/> (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（賃金に関することを含む。）を定めているか。<br><input type="checkbox"/> (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か。<br><input type="checkbox"/> (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か。<br><input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。<br><input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に依り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か。<br><input type="checkbox"/> (六) (五)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か。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (8) (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み額を全ての職員に周知しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)   | (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み額が介護職員処遇改善加算の算定見込み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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 施設において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (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しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 施設において、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しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                  |  |                          |                          |                          |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  | (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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (6) 施設において、労働保険料の納付を適正に行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。<br><input type="checkbox"/> (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（賃金に関することを含む。）を定めているか。<br><input type="checkbox"/> (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か。<br><input type="checkbox"/> (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か。<br><input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (8) (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | (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み額が介護職員処遇改善加算の算定見込み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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 施設において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (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しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (4) 施設において、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しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (6) 施設において、労働保険料の納付を適正に行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。<br><input type="checkbox"/> (一) 【キャリアパス要件Ⅰ】<br>次に掲げる要件の全てに適合しているか。<br><input type="checkbox"/> 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（賃金に関することを含む。）を定めているか。<br><input type="checkbox"/> b a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か。<br><input type="checkbox"/> (二) 【キャリアパス要件Ⅱ】<br><input type="checkbox"/> 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か。<br><input type="checkbox"/> b aについて全ての介護職員に周知しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (8) (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                          |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|
| 73 介護職員等特定処遇改善加算<br>(I)  | <p>(1) 次に掲げるいずれにも適合し、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か。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 経験・技能のある介護職員のうち1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額440万円以上であるか。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><input type="checkbox"/> (二) 指定地域密着型介護老人福祉施設における経験・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> <p><input type="checkbox"/> (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><input type="checkbox"/> (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> |  |  |  |
|                          | <p>(2) 施設において、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当該施設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、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。</p>  |  |  |  |
|                          | <p>(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しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該施設の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。</p>  |  |  |  |
|                          | <p>(4) 施設において、事業年度ごとに当該施設の職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。</p>   |  |  |  |
|                          | <p>(5) 日常生活継続支援加算(I)若しくは(II)又サービス提供体制強化加算(I)若しくは(II)のいずれかを届け出ているか。</p>   |  |  |  |
|                          | <p>(6) 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か。</p>  |  |  |  |
|                          | <p>(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か。</p>  |  |  |  |
|                          | <p>(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か。</p>   |  |  |  |
| 74 介護職員等特定処遇改善加算<br>(II) | <p>(1) 次に掲げるいずれにも適合し、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か。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 経験・技能のある介護職員のうち1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額440万円以上であるか。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><input type="checkbox"/> (二) 指定地域密着型介護老人福祉施設における経験・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> <p><input type="checkbox"/> (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><input type="checkbox"/> (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> |  |  |  |
|                          | <p>(2) 施設において、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当該施設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、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。</p>  |  |  |  |
|                          | <p>(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しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該施設の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。</p>  |  |  |  |

|                     |  |                          |                          |                          |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | (4) 施設において、事業年度ごとに当該施設の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (5) 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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (6) (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (7) (6)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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充て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か。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 指定地域密着型介護老人福祉施設において、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当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。<br>ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ていること。                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (4) 当該指定地域密着型介護老人福祉施設において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (5) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (6) (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に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## （併設短期入所生活介護）

## 第1 基本方針

| 項目                      | 内容  | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 【短期入所生活介護】<br>（従来型）     | (1) 事業は、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るか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| （ユニット型）                 | (2) 事業は、利用者一人一人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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【介護予防短期入所生活介護】<br>（従来型） | (3) 事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものであるか。                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| （ユニット型）                 | (4) 事業は、利用者一人一人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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指しているか。      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第2 人員に関する基準

| 項目                         | 内容  | 適   | 不適                       | 非該当                      |
|----------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 医師<br>(本体施設と兼務可)         | 1人以上となっているか。  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 生活相談員<br>(本体施設と兼務可)      | (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人以上配置しているか。  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (2) 資格は適正であるか。<br>(社会福祉士、社会福祉主事、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、その他社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (3) 生活相談員うち1人以上は、常勤であるか。<br>ただし、利用定員が20人未満である併設事業所の場合にあっては、生活相談員は、常勤で配置しないことができる。   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 介護職員又は看護職員<br>(本体施設と兼務可) | (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以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (2) 介護職員又は看護職員のうち1人以上は、常勤であるか。<br>ただし、利用定員が20人未満である併設事業所の場合にあっては、介護職員及び看護職員は、常勤で配置しないことができる。  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (3) 看護職員を配置しなかった場合であっても、利用者の状態に応じて必要がある場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーション（併設事業所にあつては、当該併設事業所に併設する特別養護老人ホーム等（以下「併設本体施設」という。）を含む。）との密接な連携により看護職員を確保することとされているが、このような事例はあるか。<br>( 有 ・ 無 )                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 栄養士<br>(本体施設と兼務可)        | 1以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 機能訓練指導員<br>(本体施設と兼務可)    | (1) 1以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (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の資格を有する者か。  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (3) 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者としているか。  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 その他                      | (1) 利用者の数は、前年度の平均値としているか。<br>前年度の平均値 ( 名 )  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (2) 生活相談員、介護職員及び看護職員の員数については、併設されているのが特別養護老人ホームである場合には、特別養護老人ホームとして確保すべき員数と指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数の合計を、特別養護老人ホームの入所者と併設事業所の利用者の数とを合算した数について常勤換算方法により必要とされる従業者の数としているか。                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | (3) ユニット型指定短期入所生活介護事業所と指定短期入所生活介護事業所（ユニット型指定短期入所生活介護事業所を除く。）が併設され一体的に運営される場合、生活相談員の員数については、ユニット型指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数と指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数の合計を、それぞれの事業所の利用者を合算した数について常勤換算方法により必要とされる従業者の数としているか。 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 管理者<br>【介護】              | (1) 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るか。<br>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る。  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            | 【予防】  | (2) 指定介護予防短期入所生活介護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るか。<br>ただし、指定介護予防短期入所生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定介護予防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るものとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第3 設備に関する基準

| 項目      | 内容   | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 設備及び備品等 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第4 運営に関する基準

| 項目                      | 内 容   | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 内容及び手続きの説明及び同意【介護】    | (1) 指定短期入所生活介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。<br><input type="checkbox"/> 運営規程の概要（26 運営規程の項目を参照）<br><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制<br><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応<br><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制<br><input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況<br>（ <input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日<br><input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称 <input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況）<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【予防】                    | (3) 指定介護予防短期入所生活介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (4) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。<br><input type="checkbox"/> 運営規程の概要（26 運営規程の項目を参照）<br><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制<br><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応<br><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制<br><input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況<br>（ <input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日<br><input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称 <input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況）<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 | <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【介護】 | (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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【予防】                    | (3) 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、指定介護予防短期入所生活介護を提供しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (4) 介護予防支援事業者その他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より、指定介護予防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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 提供拒否の禁止               | 正当な理由なく指定短期入所生活介護の提供を拒んでいないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 サービス提供困難時の対応          | 当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 受給資格等の確認              | (1) 指定短期入所生活介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) (1)の被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定短期入所生活介護を提供するように努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                          |   |                          |                          |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 要介護認定等の申請に係る援助         | (1) 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (2) 居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 心身の状況等の把握              | 指定短期入所生活介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者等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るか。  | <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、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、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すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。  | <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、当該計画に沿った指定短期入所生活介護を提供しているか。   | <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、当該指定短期入所生活介護の提供日及び内容、当該指定短期入所者生活介護について利用者に代わって支払いを受ける居宅介護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ずる書面に記載しているか。   | <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、提供した具体的なサービスの内容等（送迎記録等）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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 利用料等の受領               | (1) 法定代理受領サービスに該当する指定短期入所生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定短期入所生活介護事業所に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (2) 法定代理受領サービスに該当しない指定短期入所生活介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じさせていないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (その他の日常生活費)              | (3) (1)(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払を受けていないか。<br><input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用<br><input type="checkbox"/> 滞在に要する費用<br><input type="checkbox"/> 利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用<br><input type="checkbox"/> 利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用<br><input type="checkbox"/> 送迎に要する費用<br><input type="checkbox"/> 理美容代<br><input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担に相当する費用として認められる費用・・・※「その他の日常生活費」老企第54号 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (4) (3)の(一)から四までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものとしているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (5) 指定地域密着型介護老人福祉施設は、(3)に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得ているか。ただし、「食事の提供に要する費用」、「居住に要する費用」、「入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用」、「入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用」に係る同意については、文書によるものとする。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (6) その他の日常生活費の徴収に当たっては、利用者又はその家族の希望によるものとなっているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (7) その他の日常生活費は、保険給付の対象となっているサービスと重複したものとなっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | (8) その他の日常生活費は、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |   |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (預かり金)   | <p>(9) 預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金管理規程を整備しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者との保管依頼書（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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）に点検されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用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）を行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金の管理費用は実費相当となっているか。また、積算根拠は文書等により明確にされているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (特別な居室料)<br>「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」 | <p>(1) 特別な居室の定員が、1人又は2人となっているか。</p> <p>(2) 特別な居室の施設、設備等が、利用料のほかに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るか。</p> <p>(3) 特別な居室の提供が、入所者等への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われていないか。</p> <p>(4) 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額が、運営規程に定められているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (特別な食事料)<br>「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」 | <p>(1) 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又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が行われているか。</p> <p>(2) 特別な食事の提供は予め入居者又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入居者等の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにしているか。</p> <p>(3) 入所者又はその家族への情報提供に資するために、事業所の見やすい場所に次に掲げる事項について掲示しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設において毎日、又は予め定められた日に、予め希望した入所者等に対して、入居者等が選定する特別な食事の提供を行えること。</p> <p><input type="checkbox"/> 特別な食事の内容及び料金</p> <p>(4) 特別な食事を提供する場合は、当該入所者の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得る必要があるか。</p> <p>(5) 特別な食事の提供に係る契約に当たっては、食事に係る利用料の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約を締結しているか。</p>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (領収証の発行)   | <p>(1) 利用料等の支払を受ける際、利用者に対し、費用区分を明確にした領収証を発行しているか。</p> <p>(2) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。</p>  | <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地域密着型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るか。  | <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<br>【介護】（従来型）                  | <p>(1) 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、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妥当適切に行っているか。</p> <p>(2) 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、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行っているか。</p> <p>(3) 従業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。</p> <p>(4) 自らその提供する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るか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【介護】（ユニット型）                                      | <p>(1) 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っているか。</p> <p>(2) 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配慮して行っているか。</p> <p>(3) 利用者のプライバシーの確保に配慮して行っているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                      |   |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      | (4) 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、適切に行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (5) 従業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たって、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (6) 自らその提供する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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>【予防】（従来型）</b>                     | (1) 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (2) 自らその提供する指定介護予防短期入所生活介護の質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (3) 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たっているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (4) 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (5) 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>（身体拘束の原則禁止）</b>                   | (1) 指定短期入所生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行っていないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (2) (1)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14 短期入所生活介護計画の作成【介護】</b>          | (1) 管理者は、相当期間以上（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る利用者については、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、指定短期入所生活介護の提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して、他の短期入所生活介護従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための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るか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (3) 管理者は、短期入所生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (4) 管理者は、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に交付しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>15 指定介護予防短期入所生活介護の具体的取扱方針【予防】</b> | (1) 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (2) 管理者は、相当期間以上（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る利用者については、(1)に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防短期入所生活介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防短期入所生活介護計画を作成しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (3) 介護予防短期入所生活介護計画は、既に介護予防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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (4) 管理者は、介護予防短期入所生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (5) 管理者は、介護予防短期入所生活介護計画を作成した際には、当該介護予防短期入所生活介護計画を利用者に交付しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | (6) 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たっては、介護予防短期入所生活介護計画が作成されている場合には、当該計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |  |                          |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | (7) 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (8) 管理者は、介護予防短期入所生活介護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>16 ユニット型指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たっての留意事項</b><br><b>【予防】（ユニット型）</b> | (1) 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っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (2) 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配慮して行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (3) 利用者のプライバシーの確保に配慮して行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>17 介護</b><br><b>【介護】（従来型）</b>                                 | (1) 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (2) 1週間に2回以上、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきしているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (3) 利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (4) おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (5) (1)～(4)に定めるほか、利用者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (6) 常時1人以上の介護職員を介護に従事させているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (7) その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定短期入所生活介護事業所の従業者以外の者による介護を受けさせてはならないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>【介護】（ユニット型）</b>   | (1) 介護は、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よう、利用者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行っているか。                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (2) 利用者の日常生活における家事を、利用者が、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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (3) 利用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、利用者に入浴の機会を提供しているか。ただし、やむを得ない場合には、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (4) 利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (5) おむつを使用せざるを得ない利用者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (6) (1)～(5)に定めるほか、利用者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (7) 常時1人以上の介護職員を介護に従事させているか。。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (8) その利用者に対して、利用者の負担により、当該ユニット型指定短期入所生活介護事業所の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>【予防】（従来型）</b>   | (1) 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (2) 1週間に2回以上、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきしているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (3) 利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (4) おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | (5) (1)～(4)に定めるほか、利用者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の支援を適切に行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                     |   |                          |                          |                          |
|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | (6) 常時1人以上の介護職員を介護に従事させているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (7) その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定介護予防短期入所生活介護事業所の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【予防】（ユニット型）         | (1) 介護は、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援するよう、利用者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行っているか。                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 利用者の日常生活における家事を、利用者が、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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 利用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、利用者に入浴の機会を提供しているか。<br>ただし、やむを得ない場合には、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (4) 利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (5) おむつを使用せざるを得ない利用者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (6) (1)～(5)に定めるほか、利用者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (7) 常時1人以上の介護職員を介護に従事させているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (8) その利用者に対して、利用者の負担により、当該ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 食事（従来型）          | (1) 栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好(し)好を考慮した食事を、適切な時間に提供しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 利用者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| （ユニット型）             | (1) 栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好(し)好を考慮した食事を提供しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 利用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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (3) 利用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、利用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るか。                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (4) 利用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、利用者が共同生活室で食事を摂ることを支援しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 機能訓練             | 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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 健康管理             | 医師及び看護職員は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置をとっているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 相談及び援助           | 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 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、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行っているか。   | <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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| （ユニット型）             | (1) 利用者の嗜好(し)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を支援しているか。  | <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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 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地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 緊急時等の対応          | (1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。<br>緊急時における対応フロー（ 有 ・ 無 ）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | (2) 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、速やかに主治の医師又はあらかじめ指定短期入所生活介護事業者が定めた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るか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                      |   |                          |                          |                          |
|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25 管理者の責務            | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 運営規程<br>【介護】（従来型） | (1) 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。<br><br><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容<br><input type="checkbox"/> 利用定員（特別養老人ホームの空床型である場合を除く）<br><input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域<br><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【介護】（ユニット型）          | (2) 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。<br><br><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容<br><input type="checkbox"/> 利用定員（ユニット型特別養老人ホームの空床型である場合を除く）<br><input type="checkbox"/> ユニットの数及びユニットごとの利用定員（ユニット型特別養老人ホームの空床型である場合を除く）<br><input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域<br><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【予防】（従来型）            | (3) 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。<br><br><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容<br><input type="checkbox"/> 利用定員（特別養老人ホームの空床型である場合を除く）<br><input type="checkbox"/> 指定介護予防短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域<br><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【予防】（ユニット型のみ）        | (4) 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。<br><br><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容<br><input type="checkbox"/> 利用定員（ユニット型特別養老人ホームの空床型である場合を除く）<br><input type="checkbox"/> ユニットの数及びユニットごとの利用定員（ユニット型特別養老人ホームの空床型である場合を除く）<br><input type="checkbox"/> 指定介護予防短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br><input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域<br><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 勤務体制の確保等          | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 業務継続計画の策定等        | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                               |  |                          |                          |                          |
|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29 定員の遵守（従来型）                 | <p>(1) 次に掲げる利用者数以上の利用者に対して同時に指定短期入所生活介護を行っていないか。<br/>ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 特別養護老人ホームである指定短期入所生活介護事業所において、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</p> <p><input type="checkbox"/> ② ①に該当しない指定短期入所生活介護事業所においては、利用定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)                       | <p>(2) 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に対し、居宅サービス計画において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って、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合においては、(1)の規定にかかわらず、(1)①②に掲げる利用者数を超過して、静養室において指定短期入所生活介護を行っているか。</p> <p>(3) 次に掲げる利用者数以上の利用者に対して同時に指定短期入所生活介護を行っていないか。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 第148条第2項の規定の適用を受けるユニット型特別養護老人ホームであるユニット型指定短期入所生活介護事業所においては、当該ユニット型特別養護老人ホームのユニットごとの入居定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数</p> <p><input type="checkbox"/> ② ①に該当しないユニット型指定短期入所生活介護事業所においては、ユニットごとの利用定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 非常災害対策                     | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 衛生管理等                      | <p>(1) 当該事業所における感染症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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話機器装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、短期入所生活介護従業者に周知徹底を図っているか。</p> <p>(2) (1)以外について、当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 掲 示                        | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 秘密保持等                      | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 広 告                        | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 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地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 苦情処理                       | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 地域等との連携                    | 事業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に努めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 地域との連携                     | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 事故発生時の対応                   | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 虐待の防止                      | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 会計の区分                      | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 記録の整備<br>(2)は令和4年4月1日から施行) | (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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|           |  |                          |                          |                          |
|-----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|           | <p>(2) 利用者に対する指定短期入所生活介護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5年間保存しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護計画</li> <li><input type="checkbox"/> 具体的なサービスの内容等の記録</li> <li><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録</li> <li><input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録</li> <li><input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 変更の届出等 | 運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、10日以内に、その旨を市町村長に届け出ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 電磁的記録等 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第5 介護給付費関係

| 項目                      | 内容  | 適                        | 不適                       | 非該当                      |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 基本的事項<br>(利用の日数の数え方等) | (1) 利用の日数については、利用の開始日及び終了日の両方を含めて、(介護予防)短期入所生活介護費を算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 当該事業所と短期入所療養介護事業所、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、当該事業所へ利用を開始した日は利用の日数に含め、終了した日は利用の日数に含めず、(介護予防)短期入所生活介護費を算定しているか。<br><input type="checkbox"/> 当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合<br><input type="checkbox"/> 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"/> |
|                         | (3) 当該事業所の利用者が、当該事業所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。）へ入院する場合は当該事業所における利用を終了した日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に事業所の利用を開始する場合は、入所等の日は含めず、(介護予防)短期入所生活介護費を算定しているか。<br><input type="checkbox"/> 当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合<br><input type="checkbox"/> 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"/> |
| (長期利用者に対する減算)           | (4) 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場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (30日を超える利用)             | (5) 利用者が連続して30日を超えて指定短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は、算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (夜勤職員)                  | (6) 当該事業所の本体施設である地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (定員超過)                  | (7) 併設事業所の場合、月平均の利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えていないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (8) 地域密着型特別養護老人ホーム空床利用の場合、当該事業所の本体施設である地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (人員欠如) (従来型)            | (9) 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以上の介護職員又は看護職員を置いていない場合、所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ユニット型)                 | (10) 利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上の介護職員又は看護職員を置いていない場合、所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ユニットにおける職員に係る減算       | (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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 特定入所者介護サービス費          | 当該事業所の本体施設である地域密着型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るか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                  |   |                          |                          |                          |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 生活相談員配置等加算     | 併設型短期入所生活介護費について、次のいずれにも適合し、共生型短期入所生活介護を算定している場合に、加算しているか。<br><input type="checkbox"/> 生活相談員を1名以上配置しているか。<br><input type="checkbox"/> 地域に貢献する活動を行っているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 生活機能向上連携加算(I)  | (1) 外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、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月につき加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 個別機能訓練加算を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (3) 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、当該指定短期入所生活介護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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (4) 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計画的に機能訓練を適切に提供しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (6) 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「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いるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (7) 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、入所者ごとに保管され、常に当該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いるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 生活機能向上連携加算(II) | (1) 外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、1月につき加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 個別機能訓練加算を算定している場合100単位としているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (3) 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。）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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (4) 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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (6) 理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定通所介護事業所を訪問し、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いるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (7) 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、入所者ごとに保管され、常に当該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いるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 機能訓練指導員加算      | 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、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、はり師又はきゅう師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置しているもの（利用者数が100を超える指定短期入所生活介護事業所にあつては、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、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置しているもの）である場合に加算しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 個別機能訓練加算       | (1) 利用者に対して、機能訓練を行っている場合に加算しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | (2) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、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、はり師又はきゅう師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                         |   |                          |                          |                          |
|-------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | (3) 機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (4) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (5) 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、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、訓練内容の見直し等を行っているか。       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (6) 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、常に当該事業所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しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 看護体制加算(I)<br>【介護】     | (1) 常勤の看護師を1名以上配置しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 看護体制加算(II)<br>【介護】   | (1) 当該事業所（空床利用の特別養護老人ホームである場合を除く。）の看護職員の数、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名以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 当該事業所が空床利用の特別養護老人ホームである場合にあっては、当該特別養護老人ホームの看護職員の数、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名以上であり、かつ、特別養護老人ホーム基準に規定する配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (3) 当該事業所の看護職員により、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時間の連絡体制を確保しているか。   | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 看護体制加算(III)イ<br>【介護】 | (1) 利用定員が29人以下であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 指定短期入所生活介護事業所における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100分の70以上であるか。                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (3) 常勤の看護師を1名以上配置しているか。   | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 看護体制加算(III)ロ<br>【介護】 | (1) 利用定員が30人以上50人以下であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 指定短期入所生活介護事業所における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100分の70以上であるか。                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (3) 常勤の看護師を1名以上配置しているか。   | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 看護体制加算(IV)イ<br>【介護】  | (1) 当該事業所（空床利用の特別養護老人ホームである場合を除く。）の看護職員の数、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名以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (2) 当該事業所が空床利用の特別養護老人ホームである場合にあっては、当該特別養護老人ホームの看護職員の数、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名以上であり、かつ、特別養護老人ホーム基準に規定する配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (3) 当該事業所の看護職員により、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時間の連絡体制を確保しているか。   | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (5) 利用定員が29人以下であること。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | (6) 指定短期入所生活介護事業所における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100分の70以上であるか。                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 看護体制加算(IV)ロ<br>【介護】  | (1) 当該事業所（空床利用の特別養護老人ホームである場合を除く。）の看護職員の数、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名以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                        | (2) 当該事業所が空床利用の特別養護老人ホームである場合にあっては、当該特別養護老人ホームの看護職員の数、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名以上であり、かつ、特別養護老人ホーム基準に規定する配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (3) 当該事業所の看護職員により、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時間の連絡体制を確保しているか。   | <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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (5) 指定短期入所生活介護事業所における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100分の70以上であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (6) 利用定員が30人以上50人以下であるか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 医療連携強化加算<br>【介護】    | (1) 短期入所生活介護費の看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (2) 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (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か。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (4) 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (5) 次のいずれかに該当する状態か。<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引を実施している状態<br><input type="checkbox"/> 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br><input type="checkbox"/> 中心静脈注射を実施している状態<br><input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している状態<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br><input type="checkbox"/> 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br><input type="checkbox"/> 褥瘡に対する治療を実施している状態<br><input type="checkbox"/> 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (6) 在宅中重度者受入加算を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        | (7) 事業所においては、あらかじめ協力医療機関を定め、当該医療機関との間に、利用者に急変等が発生した場合の対応についての取り決めを行っているか。また、当該取り決めの内容については、指定短期入所生活介護の提供開始時に利用者に説明し、主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変が生じた場合の対応について同意を得ているか。当該同意については、文書で記録しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 夜勤職員配置加算(Ⅰ)<br>【介護】 | (1) 夜勤職員配置加算のいずれかを算定している場合はその他の夜勤職員配置加算は算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|
|                                | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定しているか。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場合に算定しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数</li> <li><input type="checkbox"/> i 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の10分の1以上の数設置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数</li> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要な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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul>  |  |  |  |
|                                | (3) ユニット型以外を算定しているか。   |  |  |  |
| <p>17 夜勤職員配置加算(Ⅱ)<br/>【介護】</p> | <p>(1) 夜勤職員配置加算のいずれかを算定している場合はその他の夜勤職員配置加算は算定していないか。</p> <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定しているか。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場合に算定しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数</li> <li><input type="checkbox"/> i 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の10分の1以上の数設置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数</li> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要な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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> |  |  |  |
|                                | (3) ユニット型を算定しているか。   |  |  |  |
| <p>18 夜勤職員配置加算(Ⅲ)<br/>【介護】</p> | (1) 夜勤職員配置加算のいずれかを算定している場合はその他の夜勤職員配置加算は算定していないか。  |  |  |  |



|                                |   |   |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|---|
|                                | <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数、最低基準を1以上上回っている場合に算定しているか。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場合に算定しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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の10分の1以上の数設置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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。                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要な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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  | □ | □ | □ |
|                                | <p>(3) ユニット型以外を算定しているか。</p>   | □ | □ | □ |
|                                | <p>(2) 夜勤時間帯を通じ看護職員又は①から④のいずれかを1以上配置しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> ②特定登録証の交付を受けた特定登録者</li> <li><input type="checkbox"/> ③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者</li> <li><input type="checkbox"/> ④認定特定行為業務従事者</li> </ul>   | □ | □ | □ |
|                                | <p>(3) 上記①から③の場合は喀痰吸引等業務の登録を受けているか。又は、上記④の場合は特定行為業務の登録を受けているか。</p>  | □ | □ | □ |
| <p>19 夜勤職員配置加算(Ⅳ)<br/>【介護】</p> | <p>(1) 夜勤職員配置加算のいずれかを算定している場合はその他の夜勤職員配置加算は算定していないか。</p> <p>(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数、最低基準を1以上上回っている場合に算定しているか。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場合に算定しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の9を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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の10分の1以上の数設置していること。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合<br/>最低基準の数に10分の6を加えた数             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i 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。</li> <li><input type="checkbox"/> ii 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。</li> <li><input type="checkbox"/> iii 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。                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要な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</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 見守り機器等の定期的な点検</li> <li><input type="checkbox"/> (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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | □ | □ | □ |

|                    |  |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | (3) ユニット型を算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 夜勤時間帯を通じ看護職員又は①から④のいずれかを1以上配置しているか。<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> ②特定登録証の交付を受けた特定登録者<br><input type="checkbox"/> ③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者<br><input type="checkbox"/> ④認定特定行為業務従事者  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (5) 上記①から③の場合は喀痰吸引等業務の登録を受けているか。<br>又は、上記④の場合は特定行為業務の登録を受けているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 認知症行動心理症状緊急対応加算 | (1) 医師が、認知症に行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると判断したものに對し、指定短期入所生活介護を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として加算しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 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か。また、事業所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か。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 若年性認知症利用者受入加算   | (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は、若年性認知症利用者受入加算として加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 認知症行動心理症状緊急対応加算を算定していないか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) 受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 送迎加算            | 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は、片道1回につき所定単位数に加算しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 従来型個室の入所者の取扱い   | 次のいずれかに該当する者に対して、単独型短期入所生活介護費又は併設型短期入所生活介護費を支給する場合は、それぞれ、単独型短期入所生活介護費(Ⅱ)又は併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)を算定しているか。<br><input type="checkbox"/> 感染症とにより、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者<br><input type="checkbox"/> 居室の面積が10.65㎡以下に適合する従来型個室を利用する者<br><input type="checkbox"/> 著しい精神症状等により、同室の他の利用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、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 緊急短期入所受入加算【介護】  | (1) 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は、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は、14日）を限度として、加算しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (2) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (3) 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であるか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | (4) 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受け入れ後の対応などの事情を記録しているか。<br>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するなどして、適正な緊急利用に務めているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 療養食加算           | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 在宅中重度受入加算【介護】   | 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にいずれかを加算しているか。<br><input type="checkbox"/> 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定している場合（看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していない場合に限る）<br><input type="checkbox"/> 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定している場合（看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定していない場合に限る）<br><input type="checkbox"/> 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロ及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロをいずれも算定している場合<br><input type="checkbox"/> 看護体制加算を算定していない場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 認知症専門ケア加算(Ⅰ)    | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における認知症専門ケア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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 認知症専門ケア加算(Ⅱ)    | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における認知症専門ケア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るか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                      |  |                          |                          |                          |
|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29 サービス提供体制強化加算(I)   | <p>(1) 次のいずれかに適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 指定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。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 指定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。</p> <p>(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 他のサービス提供体制加算を算定していないか。</p> <p>(4) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 サービス提供体制強化加算(II)  | <p>(1) 指定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以上であるか。(           %)</p> <p>(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 他のサービス提供体制加算を算定していないか。</p> <p>(4) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 サービス提供体制強化加算(III) | <p>(1) 次のいずれかに適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 指定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。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 指定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（以下「看護・介護職員」という。）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。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 指定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。</p> <p>(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 他のサービス提供体制加算を算定していないか。</p> <p>(4) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 介護職員処遇改善加算        | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における介護職員処遇改善加算と同様に算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 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地域密着型介護老人福祉施設における介護職員等特定処遇改善加算と同様に算定しているか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 介護職員等ベースアップ等支援加算  | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における介護職員等ベースアップ等支援加算と同様に算定しているか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |