

特定施設入居者生活介護事業者自主点検表

| | | | | |
|-----------|----------|----------|-------------|---------------------------------|
| 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 | | | | 特定施設入居者生活介護・介護予防 特定施設入居者生活介護 |
| 事業所名称 | | | | |
| 記入担当者 | (職種) | (氏名) | 連絡先 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 |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 基本方針 | (1) 指定居宅サービスに該当する特定施設入居者生活介護(以下「指定特定施設入居者生活介護」という。)の事業は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、要介護状態となった場合でも、当該指定特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者(以下「利用者」という。)が当該指定特定施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにしているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 指定特定施設入居者生活介護の事業を行う者(以下「事業者」という。)は、安定的かつ継続的な事業運営に努めているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (介護予防) | (3) 指定介護予防サービスに該当する介護予防特定施設入居者生活介護の事業(以下「指定介護予防特定施設入居者生活介護」という。)は、介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、当該指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者(以下「利用者」という。)が指定介護予防特定施設において、自立した日常生活を営むことができるよう、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"/> |
| | (4) 指定介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者(以下「事業者」という。)は、安定的かつ継続的な事業運営に努めているか。 | <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 従業者の員数 (生活相談員) | (1) 常勤換算方法で、利用者及び指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者(以下人員の基準において「介護予防サービスの利用者」という。)の合計数(以下「総利用者数」という。)が100又はその端数を増すごとに1人以上となっているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 生活相談員のうち1人以上は、常勤となっているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 資格は適正であるか。 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (看護職員又は介護職員) | (1) 看護職員又は介護職員の合計数は、常勤換算方法で、利用者の数及び介護予防サービスの利用者の数に10分の3を乗じて得た数の合計数が3又はその端数を増すごとに1以上であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (3) 指定特定施設は、介護居室、一時介護室、浴室、便所、食堂、機能訓練室及び消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を有しているか。 ただし、他に利用者を一時的に移して介護を行うための室が確保されている場合にあつては一時介護室を、他に機能訓練を行うために適当な広さの場所が確保できる場合にあつては機能訓練室を設けないことができるものとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 介護居室は、以下のとおりとなっているか。 <input type="checkbox"/> 1の居室の定員は、1人とする。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができるものとする。 <input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮し、介護を行える適当な広さであること。 <input type="checkbox"/> 地階に設けてはならないこと。 <input type="checkbox"/> 1以上の出入口は、避難上有効な空き地、廊下又は広間に直接面して設けること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 一時介護室は、介護を行うために適当な広さを有しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (6) 浴室は、身体の不自由な者が入浴するのに適したものであるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (7) 便所は、居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備えているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (8) 食堂は、機能を十分に発揮し得る適当な広さを有しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (9) 機能訓練室は、機能を十分に発揮し得る適当な広さを有しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (10) 指定特定施設は、利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造を有するものであるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (11) 指定特定施設の構造設備の基準については、建築基準法及び消防法の定めるところによるものであるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (12) 居室、便所、浴室等にナースコール又はこれに代わる設備は設置されているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (13) 利用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"/> |
| | (14) 事故の未然防止(誤飲防止)の観点から、画鋲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や洗剤等を放置していないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 設備に関する基準のみなし規定 | 事業者が指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定特定施設入居者生活介護の事業と指定介護予防特定施設入居者生活介護の事業とが同一の施設において一体的に運営されているか。 | <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 内容及び手続の説明及び契約の締結等 | (1) 事業者は、あらかじめ、入居申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、利用料の額及びその改定の方法その他の入居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っているか。 (2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要(「19 運営規程」の項目参照) <input type="checkbox"/> 従業員の勤務の体制 <input type="checkbox"/> 介護居室、一時介護室、浴室、食堂及び機能訓練室の概要 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分に応じて当該事業者が提供する標準的な介護サービスの内容 <input type="checkbox"/> 利用料の額及びその改定の方法 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <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"/> |
| (契約文書) | (3) 事業者は、入居及び指定特定施設入居者生活介護の提供に関する契約を文書により締結しているか。 (4) 事業者は、契約において、入居者の権利を不当に狭めるような契約解除の条件を定めてはいないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (5) 事業者は、より適切な指定特定施設入居者生活介護を提供するため利用者を介護居室又は一時介護室に移して介護を行うこととしている場合にあっては、利用者が介護居室又は一時介護室に移る際の当該利用者の意思の確認等の適切な手続をあらかじめ契約に係る文書に明記しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 指定特定施設入居者生活介護の提供の開始等 | (1) 事業者は、正当な理由なく入居者に対する指定特定施設入居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"/> |
| | (2) 事業者は、入居者が指定特定施設入居者生活介護に代えて当該事業者以外の者が提供する介護サービスを利用することを妨げてはいないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 事業者は、入居申込者又は入居者（以下「入居者等」という。）が入院治療を要する者であること等入居者等に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所の紹介その他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) 事業者は、指定特定施設入居者生活介護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の把握に努めているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 受給資格等の確認 | (1) 事業者は、指定特定施設入居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) 事業者は、(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、指定特定施設入居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"/> |
| 4 要介護認定等の申請に係る援助 | (1) 事業者は、指定特定施設入居者生活介護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、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、当該利用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) 事業者は、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"/> |
| 5 サービスの提供の記録 | (1) 事業者は、指定特定施設入居者生活介護の開始に際しては、当該開始の年月日及び入居している指定特定施設の名称を、指定特定施設入居者生活介護の終了に際しては、当該終了の年月日を、利用者の被保険者証に記載しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 事業者は、指定特定施設入居者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（短期利用特定施設入居者生活介護を提供している場合は送迎記録等）を記録しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 利用料等の受領 | (1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定特定施設入居者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、当該指定特定施設入居者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特定施設入居者生活介護事業者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) 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定特定施設入居者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、指定特定施設入居者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ないようにしていないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (その他の日常生活費) | (3) 事業者は、(1)/(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けているか。 <input type="checkbox"/> ①利用者の選定により提供される介護その他の日常生活上の便宜に要する費用 <input type="checkbox"/> ②おむつ代 <input type="checkbox"/> ①②のほか、指定特定施設入居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、その利用者に負担させることが適当と認められるもの | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 「特定施設入所者生活介護事業者が受領する介護保険の保険給付対象外の介護サービス費用について（H12.3.30老企第52号）」の内容を遵守しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 事業者は、(3)の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、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (領収証の発行) | (6) 入所者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収証を発行しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (7) 領収証には、消費税の課税・非課税の区分が明確にされているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 保険給付の請求のための証明書の交付 | 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定特定施設入居者生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定特定施設入居者生活介護の内容、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利用者に対して交付しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 指定特定施設入居者生活介護の取扱方針 | (1) 事業者は、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 指定特定施設入居者生活介護は、特定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っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 従業者は、指定特定施設入居者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から求められたときは、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"/> |
| (身体的拘束等の原則禁止) | (1) 事業者は、指定特定施設入居者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、身体的拘束等を行ってはならないか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、本人又はその家族に説明しているか。 <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) 事業者は、(1)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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。 前々々回開催日（ 年 月 日） 前々回開催日（ 年 月 日） 前回開催日（ 年 月 日） 直近開催日（ 年 月 日） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 以下について取り組んでいるか。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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) 身体的拘束等の適正化のための指針には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 施設における身体的拘束等の適正化に関する考え方 <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 <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 <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指針 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 <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実施しているか。 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"/> |
| (指定介護予防特定施設入居者生活介護の基本取扱方針) | (1) 指定介護予防特定施設入居者生活介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (2) 事業者は、指定介護予防特定施設入居者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"/> |
| | (3) 事業者は、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"/> |
| | (4) 事業者は、指定介護予防特定施設入居者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"/> |
| (質の評価) | (1) 事業者は、自らその提供する指定特定施設入居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"/> |
| | (2) 事業者は、自らその提供する指定介護予防特定施設入居者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"/> |
| 9 特定施設サービス計画の作成 | (1) 管理者は、計画作成担当者に特定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) 計画作成担当者は、特定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、利用者について、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利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用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"/> |
| | (3) 計画作成担当者は、利用者又はその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題に基づき、他の特定施設従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容並びにサービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ特定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"/> |
| | (4) 計画作成担当者は、特定施設サービス計画の作成に当たっては、その原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 計画作成担当者は、特定施設サービス計画を作成した際には、当該特定施設サービス計画を利用者に交付しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (6) 計画作成担当者は、特定施設サービス計画作成後においても、他の特定施設従業者との連絡を継続的に行うことにより、特定施設サービス計画の実施状況の把握を行うとともに、利用者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて特定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"/> |
| | (7) (2)から(5)までの規定は、(6)に規定する特定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"/> |
| 10 介護予防特定施設サービス計画の作成 | (1) 指定介護予防特定施設入居者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等の適切な方法により、利用者の心身の状況、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利用者が現に抱える問題点を把握し、利用者が自立した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"/> |
| | (2) 計画作成担当者は、利用者の希望及び利用者について把握された解決すべき課題を踏まえて、他の介護予防特定施設従業者と協議の上、指定介護予防特定施設入居者生活介護の目標及びその達成時期、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスを提供する上での留意点、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防特定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"/> |
| | (3) 計画作成担当者は、介護予防特定施設サービス計画の作成に当たっては、その原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 計画作成担当者は、介護予防特定施設サービス計画を作成した際には、当該介護予防特定施設サービス計画を利用者に交付しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たっては、介護予防特定施設サービス計画に基づき、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"/> |
| | (6) 指定介護予防特定施設入居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、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"/> |

| | | | | |
|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (7) 計画作成担当者は、他の介護予防特定施設従業者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防特定施設サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防特定施設サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防特定施設サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）を行うとともに、利用者についての解決すべき課題の把握を行っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (8) 計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防特定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"/> |
| | (9) (1)から(7)までの規定は、(8)に規定する介護予防特定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"/> |
| | (10) 介護予防特定施設サービス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"/> |
| 11 介護 | (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われているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 事業者は、自ら入浴が困難な利用者について、1週間に2回以上、適切な方法により、入浴させ、又は清しきしているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 事業者は、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) 事業者は、(1)～(3)に定めるほか、利用者に対し、食事、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"/> |
| 12 機能訓練 | 事業者は、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"/> |
| 13 健康管理 | (1) 指定特定施設の看護職員は、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講じているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 利用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"/> |
| 14 相談及び援助 | 事業者は、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、利用者の社会生活に必要な支援を行っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 利用者の家族との連携等 | 事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用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"/> |
| 16 利用者に関する市町村への通知 | 事業者は、指定特定施設入居者生活介護を受けている利用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。 <input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定特定施設入居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。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 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。 <input type="checkbox"/> 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、現に指定特定施設入居者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当該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"/> |
| 18 管理者の責務 | (1) 管理者は、指定特定施設の従業者の管理及び指定特定施設入居者生活介護の利用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、指定特定施設の従業者に指定特定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"/> |

| | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>19 運営規程</p> | <p>事業者は、指定特定施設ごとに、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(以下「運営規程」という。)を定めているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 特定施設従業者の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 入居定員及び居室数 <input type="checkbox"/> 指定特定施設入居者生活介護の内容及び利用料 その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続 <input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>20 勤務体制の確保等</p> | <p>(1) 事業者は、利用者に対し、適切な指定特定施設入居者生活介護その他のサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めているか。</p> <p>(2) 特定施設従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、機能訓練指導員との兼務関係、計画作成担当者との兼務関係等を勤務表上明確にしているか。</p> <p>(3) 事業者は、当該指定特定施設の従業者によって指定特定施設入居者生活介護を提供しているか。ただし、当該事業者が業務の管理及び指揮命令を確実に行うことができる場合は、この限りでない。</p> <p>(4) 事業者は、(3)のただし書の規定により指定特定施設入居者生活介護に係る業務の全部又は一部を委託により他の事業者に行わせる場合にあっては、当該事業者の業務の実施状況について定期的に確認し、その結果等を記録しているか。</p> <p>(5) 事業者は、特定施設従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 研修年間計画策定 (有・無) <input type="checkbox"/> 研修機会の確保 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 事故対応 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 苦情処理 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 衛生管理 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止 : (研修年月日: 年 月 日) <li style="padding-left: 40px;">(研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 研修記録 <input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(令和6年3月31日までの経過措置あり)</p> | <p>(6) 事業者は、全ての特定施設従業者(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。 (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)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(7) 事業者は、適切な指定特定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特定施設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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>21 業務継続計画の策定等</p> | <p>(1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------------|--|--|--|--|
| | <p>(2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。 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。</p> <p><input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> b 初動対応</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> ロ 災害に係る業務継続計画</p> <p><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）</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> c 他施設及び地域との連携</p> | | | |
| | <p>(3) 事業者は、特定施設従業者に対し、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実施しているか。</p> | | | |
| | <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。 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し、研修の実施内容についても記録しているか。 なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。</p> | | | |
| | <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。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。 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> | | | |
| | <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> | | | |
| 22 医療機関との協力体制等 | <p>(1) 事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、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) 事業者は、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> | | | |
| 23 非常災害対策 | <p>(1) 事業者は、非常災害に関する具体的な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> | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <p>(2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員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> <p><input type="checkbox"/> 防火管理者 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 消防訓練 (年 回)</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の実施日 (年 月 日 (昼間・夜間想定))</p> <p><input type="checkbox"/> 前回の実施日 (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><input type="checkbox"/> 直近の実施日 (年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 前回の実施日 (年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 総合点検 (年 回) ※年1回必要</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の実施日 (年 月 日)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(3) 事業者は、(2)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に連携に努めているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>24 衛生管理等</p> | <p>(1) 事業者は、利用者の使用する施設、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じているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(2) 事業者は、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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(令和6年3月31日までの経過措置あり)</p> | <p>(3) 当該指定特定施設入居者生活介護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（テレビ電話装置等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、特定施設従業員に周知徹底を図っているか。</p> <p>直近開催日 (年 月 日)</p> <p>前回開催日 (年 月 日)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(4) 当該指定特定施設入居者生活介護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指針を整備しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(5) 当該指定特定施設入居者生活介護事業所において、特定施設従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(6) 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"/> |
| | <p>(7) 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、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(8) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(9) 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。</p> <p><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。</p> <p><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。 ※浴槽水交換頻度 回/週</p> <p><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)</p> <p>1回目：時期 結果</p> <p>2回目：時期 結果</p> <p><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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(10) 簡易専用水道【有効容量が10m³を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年1回法定検査を受けているか。 (10立方メートル以下の場合は使用水に異常を認められた時)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(11) 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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(12) 以下の取り組みを行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症マニュアルを整備しているか。</p> <p><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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <p>13) 医薬品及び医療用具の管理は適切か。</p> <p><input type="checkbox"/> 医薬品は施設のできるところに保管されているか。 <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。 <input type="checkbox"/> 医薬品、特に睡眠剤(向精神薬)など危険を伴うものについては管理責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品、薬剤の取扱いにおいて、利用者への与薬に関するマニュアル等を作成し、誤薬・誤飲防止等の利用者に対する安全対策を講じているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>14) 以下の事項を適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> シーツ交換は週1回以上行っているか。 <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。 <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) <input type="checkbox"/> 手指消毒薬剤又は消毒器を設置しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 掲示 | <p>(1) 事業者は、当該指定特定施設の見やすい場所に、運営規程の概要、特定施設従業者等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掲示しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(2) 事業者は、(1)に規定する事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができるが、このような事例はあるか。 (有・無)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(3) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 秘密保持等 | <p>(1) 当該指定特定施設の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはいないか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(2) 事業者は、当該指定特定施設の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利用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> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(3) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 広告 | <p>事業者は、当該指定特定施設について広告をする場合においては、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"/> |
| 28 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | <p>事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させ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"/> |
| 29 苦情処理 | <p>(1) 事業者は、提供した指定特定施設入居者生活介護に係る利用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。 <input type="checkbox"/> 苦情対応マニュアル(有・無)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(2) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所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、利用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措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(3) 事業者は、(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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(4) 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自ら行っているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(5) 事業者は、提供した指定特定施設入居者生活介護に関し、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、及び利用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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (6) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(5)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"/> |
| | (7) 事業者は、提供した指定特定施設入居者生活介護に係る利用者からの苦情に関して国保連が行う調査に協力するとともに、国保連から指導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"/> |
| | (8) 事業者は、国保連からの求めがあった場合には、(7)の改善の内容を国保連に報告しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 地域との連携等 | (1) 事業者は、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に努めているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定特定施設入居者生活介護に関する利用者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。 <input type="checkbox"/> 介護相談員の受入れ (有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 事故発生時の対応 | (1) 事業者は、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護の提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。 <input type="checkbox"/> 事故対応マニュアル (有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 事業者は、(1)の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"/> |
| | (3) 事業者は、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止を防ぐための対策を講じているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) ひやりはっと事例について、報告様式を作成し、記録しているか。その記録を保存しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 虐待の防止(令和6年3月31日までの経過措置あり) | (1) 当該事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、特定施設従業者に周知徹底を図っているか。 直近開催日(年 月 日) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。 <input type="checkbox"/> イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること <input type="checkbox"/> ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること <input type="checkbox"/> ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること <input type="checkbox"/> ト ヘの再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 事業者が整備する「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。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 <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 <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 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 当該事業所において、特定施設従業者に対し、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) 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (7) (1)(3)(5)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。 担当者（ ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (8) 事業所の従業者は、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"/> |
| | (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。 <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。 <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的高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <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的高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <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。 <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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 会計の区分 | 事業者は、指定特定施設ごとに経理を区分するとともに、指定特定施設入居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"/> |
| 34 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行) | (1) 事業者は、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"/> |
| | (2) 事業者は、利用者に対する指定特定施設入居者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。 <input type="checkbox"/> 特定施設サービス計画 <input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録 <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 <input type="checkbox"/> 受託者の業務の実施状況を確認した結果等の記録 <input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 変更届出の手続 | 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、速やかに変更届出を豊中市に提出しているか。 ※変更した日から10日以内に提出しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 電磁的記録等 | (1) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、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。 (有・無) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、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、磁気的方法その他人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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 ※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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されているか。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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 ※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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 【委員会のメンバー】 ・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。 ※メンバーの職種記載 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ※安全委員会は、多職種から構成すること。 ※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 | | | |
| <安全確保体制における具体的取組内容> 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。 <input type="checkbox"/> 当該委員会の設置規程に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者等の教育等に関すること。 <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 <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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <安全委員会等の運用上の留意事項> 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。 <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。 <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。 ※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。 | <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。 <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 <input type="checkbox"/> 事業所の名称 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地 <input type="checkbox"/> 法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/> 業務方法書 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者の名簿 <input type="checkbox"/> 登録特定行為 | <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 |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 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。 ① 法令遵守責任者の選任 【全ての法人】 法令遵守責任者の届出 済 ・ 未済 所属・職名 氏名 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】 ①に加えて、規程の概要の届出 済 ・ 未済 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】 ①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出 済 ・ 未済 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 届出事項に変更があるときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ているか。 ※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。 ※所管庁（届出先） ◎ 指定事業所又は施設が3以上の都道府県に所在する事業者 ・・・厚生労働大臣（厚生労働省老健局） ◎ 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 ・・・主たる事務所の所在地の都道府県知事 ◎ すべての指定事業所が豊中市内に所在する事業者 ・・・豊中市長（長寿社会政策課） ◎ 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 介護給付費関係

| 項目 | 内 容 | 適 | 不適 | 非該当 |
|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 基本的事項 (人員基準欠如等) | (1) 指定基準に定める員数の看護職員又は介護職員を配置していない場合は、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定しているか。 <input type="checkbox"/> 1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで <input type="checkbox"/> 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <p>(2) 特定施設入居者生活介護を受けている者の入居中の居宅サービス及び地域密着型サービスの利用については、特定施設入居者生活介護費を算定した月において、当該居宅サービス及び地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定していないか。 ただし、特定施設入居者生活介護の提供に必要な場合、当該事業者の費用負担により、その利用者に対して他の居宅サービス及び地域密着型サービスを利用させることは差し支えない。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 入居者の外泊の期間中は、特定施設入居者生活介護を算定していないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 事業者が、入居者に対して提供すべき介護サービス(特定施設入居者生活介護の一環として行われるもの)の業務の一部を、当該特定施設の従業者により行わず、外部事業者に委託している場合には、当該事業者が外部事業者に対して委託した業務の委託費を支払うことにより、その利用者に対して当該サービスを利用させることができる。この場合には、当該事業者は業務の管理及び指揮命令を行っているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 短期利用特定施設入居者生活介護費 | (1) 指定特定施設入居者生活介護の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 指定特定施設の入居定員の範囲内で、空いている居室等（定員が1人であるものに限る。）を利用するものであるか。 ただし、短期利用特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者（利用者）の数は、1又は当該指定特定施設の入居定員の100分の10以下であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 家賃、敷金、介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除き、権利金その他の金品を受領していないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 介護保険法に基づく勧告、命令、指示を受けたことがある場合にあっては、当該勧告等を受けた日から起算して5年以上の期間が経過しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (6) 人員基準欠如に該当する場合は減算しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 身体拘束廃止未実施減算 | <p>運営基準における身体拘束廃止にかかる基準を満たさない場合には減算しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等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。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。</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研修を定期的実施しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 入居継続支援加算(I) | (1) 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利用者の100分の15以上であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であるか。ただし、次に掲げる基準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、入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であるか。 <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。 <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（入居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。）及び入居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 <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。 <input type="checkbox"/> i 入居者の安全及びケアの質の確保 <input type="checkbox"/> ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 <input type="checkbox"/> iii 介護機器の定期的な点検 <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 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) 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について、毎月記録しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 入居継続支援加算(II) | (1) 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居者の100分の5以上であるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であるか。ただし、次に掲げる基準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、入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であるか。 <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。 <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（入居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。）及び入居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 <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。 <input type="checkbox"/> i 入居者の安全及びケアの質の確保 <input type="checkbox"/> ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 <input type="checkbox"/> iii 介護機器の定期的な点検 <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 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) 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について、毎月記録しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 生活機能向上連携加算(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、当該指定通所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、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"/> |
| 7 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は、1月につき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等が、当該指定特定施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。 | <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回以上指定特定施設を訪問し、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、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"/> |
| 8 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、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置している（利用者の数が100を超える指定特定施設にあっては、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）か。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っているか。 | <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回以上利用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、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにしているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 個別機能訓練加算(Ⅱ) | (1) 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"/> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--|--------------|---|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (2) 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (3) 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム」(以下「LIFE」という。)を用いて行っているか。 | <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、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにしているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 ADL維持等加算(I) | (1) 利用者に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合は、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。)の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定しているか。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(当該事業所又は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。以下この号において同じ。)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「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (4) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値(以下「ADL利得」という。)の平均値が1以上であるか。 | <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、次に掲げる者に係る評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれに掲げる値を加えた値を平均して得た値となっているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">1 2以外の者</td> <td style="text-align: center;">ADL値が0以上25以下</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADL値が30以上50以下</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADL値が55以上75以下</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADL値が80以上100以下</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">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 style="text-align: center;">ADL値が0以上25以下</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADL値が30以上50以下</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADL値が55以上75以下</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADL値が80以上100以下</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> | 1 2以外の者 | 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 | 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 | 1 | ADL値が30以上50以下 | 1 | ADL値が55以上75以下 | 2 | ADL値が80以上100以下 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 2以外の者 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL値が30以上50以下 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL値が55以上75以下 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL値が80以上100以下 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 ADL維持等加算(II) | (1) 利用者に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合は、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。)の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定しているか。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(当該事業所又は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。以下この号において同じ。)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「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。 | <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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--|--------------|---|---------------|---|---------------|---|----------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <p>(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、次に掲げる者に係る評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれに掲げる値を加えた値を平均して得た値となっているか。</p> <table border="1" data-bbox="536 264 1225 533"> <tr> <td rowspan="4">1 2以外の者</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> <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>1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>3</td> </tr> </table> | 1 2以外の者 | 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 | 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 | 1 | ADL値が30以上50以下 | 1 | ADL値が55以上75以下 | 2 | ADL値が80以上100以下 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 2以外の者 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL値が30以上50以下 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL値が55以上75以下 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL値が80以上100以下 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>12 夜間看護体制加算</p> | <p>(1) 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めているか。</p> <p>(2) 看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保しているか。</p> <p>(3) 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に利用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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>13 若年性認知症入居者受入加算</p> | <p>(1) 若年性認知症入居者に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合に、若年性認知症入居者受入加算を算定しているか。</p> <p>(2) 受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>14 医療機関連携加算</p> | <p>(1) 看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合に算定しているか。</p> <p>(2) 看護職員は前回の情報提供日から次の情報提供日までの間において、利用者ごとに健康の状況について随時記録しているか。</p> <p>(3) 協力医療機関等への情報提供は、面談によるほか、文書（FAXを含む。）又は電子メールにより行うことも可能とするが、協力医療機関等に情報を提供した場合には、協力医療機関の医師又は利用者の主治医から、署名あるいはそれに代わる方法により受領の確認を得ているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>15 口腔衛生管理体制加算</p> | <p>(1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定しているか。</p> <p>(2) 事業所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の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成しているか。</p> <p>(3) 人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(4) 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 当該施設において利用者の口腔ケアを推進するための課題 <input type="checkbox"/> 当該施設における目標 <input type="checkbox"/> 具体的方策 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 当該施設と歯科医療機関との連携の状況 <input type="checkbox"/> 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。） <input type="checkbox"/> その他必要と思われる事項 <p>(5) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る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っているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>16 口腔・栄養スクリーニング加算</p> | <p>(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。</p> <p>(2) 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (3) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 人員基準欠如に該当していないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 科学的介護推進体制加算 | (1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、指定特定施設入居者生活介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定特定施設入居者生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 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"/> |
| 18 退院・退所時連携加算 | (1) 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間について算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に当該指定特定施設に再び入居した場合も、(1)と同様に算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 看取り介護加算(I) | (1) (7)に適合する利用者について看取り介護を行った場合は、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、そして死亡日についてそれぞれの単位を死亡月に加算しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用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"/> |
| | (3) 退居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"/> |
| | (4) 夜間看護体制加算を算定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定特定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"/> |
| | (6) 看取りに関する職員研修を行っているか。 直近の実施日（ 年 月 日） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (7) 次のいずれにも適合している利用者であるか。 <input type="checkbox"/> 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こと。 <input type="checkbox"/> 医師、生活相談員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。 <input type="checkbox"/> 看取りに関する指針に基づき、利用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、介護記録等利用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"/> |
| | (8) 事業者は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、特定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、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用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"/> |

| | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|
| | <p>(9) 看取りに関する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。 (例示)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 当該特定施設の看取りに関する考え方 <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 <input type="checkbox"/> 特定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 <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) <input type="checkbox"/> 利用者等への情報提供及び意思確認の方法 <input type="checkbox"/> 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 <input type="checkbox"/> 家族への心理的支援に関する考え方 <input type="checkbox"/> その他看取り介護を受ける利用者に対して特定施設の職員が取るべき具体的な対応の方法 | □ | □ | □ |
| | <p>(10) 次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 <input type="checkbox"/> 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 <input type="checkbox"/> 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録 | □ | □ | □ |
| | <p>(11) 利用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。</p> | □ | □ | □ |
| <p>20 看取り介護加算(Ⅱ)</p> | <p>(1) (8)に適合する利用者について看取り介護を行った場合は、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、そして死亡日についてそれぞれの単位を死亡月に加算しているか。</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(2) 当該加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上いるか。</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(3) 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用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。</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(4) 退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定していないか。</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(5) 夜間看護体制加算を算定しているか。</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(6) 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定特定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。</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(7) 看取りに関する職員研修を行っているか。 直近の実施日(年 月 日)</p> | □ | □ | □ |
| | <p>(8) 次のいずれにも適合している利用者であるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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こと。 <input type="checkbox"/> 医師、生活相談員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」という。)が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 <input type="checkbox"/> 看取りに関する指針に基づき、利用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、介護記録等利用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。 | □ | □ | □ |
| | <p>(9) 事業者は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、特定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、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用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。</p> | □ | □ | □ |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>(10) 看取りに関する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。 (例示)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 当該特定施設の看取りに関する考え方 <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 <input type="checkbox"/> 特定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 <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) <input type="checkbox"/> 利用者等への情報提供及び意思確認の方法 <input type="checkbox"/> 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 <input type="checkbox"/> 家族への心理的支援に関する考え方 <input type="checkbox"/> その他看取り介護を受ける利用者に対して特定施設の職員が取るべき具体的な対応の方法 | | | |
| | <p>(11) 次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 <input type="checkbox"/> 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 <input type="checkbox"/> 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録 | | | |
| | <p>(12) 利用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。</p> | | | |
| <p>21 認知症専門ケア加算(I)</p> | <p>(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ているか。</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | |
| | <p>(2) 施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という)の占める割合が2分の1以上であるか。</p> | | | |
| | <p>(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。</p> | | | |
| | <p>(4) 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。 (氏名 年 月 日修了)</p> | | | |
| | <p>(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。</p> | | | |
| <p>22 認知症専門ケア加算(II)</p> | <p>(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ているか。</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | |
| | <p>(2) 施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という)の占める割合が2分の1以上であるか。</p> | | | |
| | <p>(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。</p> | | | |
| | <p>(4) 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。 (氏名 年 月 日修了)</p> | | | |
| | <p>(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。</p> | | | |

| | | | | |
|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (6) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を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」とは、「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。 (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、研修を実施又は実施を予定しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 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。 <input type="checkbox"/> 指定特定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70以上であるか。(%) <input type="checkbox"/> 指定特定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25以上であるか。(%) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 提供する指定特定施設入居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) 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) 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"/> |
| 24 サービス提供体制強化加算(II) | (1) 指定特定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) 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) 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"/> |
| 25 サービス提供体制強化加算(III) | (1) 次のいずれかに適合するか。 <input type="checkbox"/> 指定特定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以上であるか。(%) <input type="checkbox"/> 指定特定施設の看護・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以上であるか。(%) <input type="checkbox"/> 指定特定施設入居者生活介護を入居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以上であるか。(%) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 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) 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"/> |
| 26 介護職員処遇改善加算(I) | (1) 介護職員の賃金(退職手当除く)の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に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出ているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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、罰金以上の刑に処されていないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <p>(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | <p>(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に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、市長に届けているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。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出しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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、罰金以上の刑に処されていないか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | <p>(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に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、市長に届けているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。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出しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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、罰金以上の刑に処されていないか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <p>(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) [キャリアパス要件 I] 次に掲げる要件の全てに適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> a 介護職員の任用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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) [キャリアパス要件 II]</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> b aについて全ての介護職員に周知しているか。</p> | <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"/> |
| 29 介護職員等特定処遇改善加算(I) | (1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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年額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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (二) 指定特定施設における経験・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か。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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倍以上であるか。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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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440万円を上回っていないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 指定特定施設において、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指定特定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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。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指定特定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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 指定特定施設において、事業年度ごとに当該指定特定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) 入居継続支援加算(I)若しくは(II)又は特定施設入居者生活介護費における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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (7) 平成20年10月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 介護職員等特定処遇改善加算(II) | (1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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年額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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (二) 指定特定施設における経験・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か。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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倍以上であるか。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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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440万円を上回っていないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 指定特定施設において、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指定特定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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。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指定特定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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) 指定特定施設において、事業年度ごとに当該指定特定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) 平成20年10月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要した費用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"/> |
| 31 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) 指定特定施設において、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指定特定施設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。 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) 当該指定特定施設において、事業年度ごとに当該指定特定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) 特定施設入居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"/> |