

平成30年度自己点検表 【 従来型指定介護老人福祉施設 】

(併設の指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を含む)

記 入 年 月 日	平 成 年 月 日
施 設 名	
指 定 サ ー ビ ス 指 定 有 効 期 限	指定介護老人福祉施設 (指定有効期限:平成 年 月 日) 指定短期入所生活介護 (指定有効期限:平成 年 月 日) 指定介護予防短期入所生活介護 (指定有効期限:平成 年 月 日)
介 護 保 険 事 業 所 番 号	3 5
記 入 者	(職名) (氏名)
連 絡 先 電 話 番 号	

<自己点検に当たっての留意事項>

- (1) 記入される時点での状況について、各項目の点検事項に記載されている内容について、満たされていれば「はい」に、そうでなければ「いいえ」の部分に○印をしてください。なお、該当するものがなければ「非該当」の部分に○印をしてください。
- (2) 点検事項について、全てが満たされていない場合(一部は満たしているが、一部は満たしていないような場合)は、「いいえ」に○印をしてください。
- (3) 該当のない項目については、チェック不要です。
- (4) 介護老人福祉施設入所者は「入所者」、短期入所生活介護利用者は「利用者」と表記しています。
- (5) 県の実地指導の際、施設の方に当「自己点検表」により介護保険事業の実施状況を、確認させていただきます。
- (6) 点検事項ごとに根拠法令等を記載していますので、参考にしてください。
- (7) ユニット型、従来型の両方に該当する場合は、それぞれの自己点検表に記入し提出してください。

- ◎ 提出期限 …… 平成30年7月31日(火)必着
- ◎ 提出先等 …… 県長寿社会課に1部提出すること
- ◎ その他 …… 可能な限り、両面コピー(長辺とじ)により提出すること

(注)根拠法令の表記については、以下のとおり略しています。

法	→ 介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)
施行令	→ 介護保険法施行令(平成10年12月24日政令第412号)
施行規則	→ 介護保険法施行規則(平成11年3月31日厚生省令第36号)
施基	→ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第39号)
施解	→ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について(平成12年3月17日老企第43号)
施費	→ 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第21号)
施留	→ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日老企第40号)
居基	→ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)
居解	→ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号)
居費	→ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第19号)
予基	→ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第35号)
予費	→ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省告示第127号)
予留	→ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)
虐待防止法	→ 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年11月9日法律第124号)
国指針	→ 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(平成17年9月7日厚生労働省告示第419号)
国基準	→ 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関する基準等(平成12年3月30日厚生労働省告示第123号)
老基省令	→ 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第46号)
老解釈	→ 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について(平成12年3月17日老発第214号)
老福法	→ 老人福祉法(昭和38年7月11日法律第133号)
条例37	→ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年7月10日山口県条例第37号)
規則71	→ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則(平成24年9月28日山口県規則第71号)
条例35	→ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年7月10日山口県条例第35号)
規則82	→ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成24年9月28日山口県規則第82号)
条例36	→ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(平成24年7月10日山口県条例第36号)
規則83	→ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例施行規則(平成24年9月28日山口県規則第83号)

	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員のうち、1人以上は常勤の者となっているか。 	はい・いいえ	氏名： 専従・兼務
	<ul style="list-style-type: none"> ・併設の短期入所生活介護事業所の利用定員が20人以上の場合は、上記に加えて当該事業所に常勤の看護職員を1名以上配置しているか。 	はい・いいえ ・非該当	氏名： 専従・兼務
5 栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ・1人以上勤務しているか。 ※ 入所定員が40人を超えない施設で他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより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、置かないことができる。(調理委託の場合は除く) 	はい・いいえ	条例37第4条第1項 氏名： 資格： <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士
6 機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> ・1人以上勤務しているか。 ※ 機能訓練指導員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、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(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。)ただし、入所者の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練については、生活相談員又は介護職員が兼務して行うことも可。 	はい・いいえ	条例37第4条第1項 氏名： 専従・兼務 資格： <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師
7 介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・1人以上勤務しているか。(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1人を標準とする。) 	はい・いいえ	条例37第4条第1項 氏名： 専従・兼務
	<ul style="list-style-type: none"> ・専従常勤の者が配置されているか。 ※ 増員に係る介護支援専門員については非常勤でも可。 ※ 入所者の処遇に支障がない場合は施設の他の職務に従事することができる。 	はい・いいえ	介護支援専門員証 有効期間満了日 ()
	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員との兼務を行っていないか。 ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りではない。 	はい・いいえ	氏名： 専従・兼務 介護支援専門員証 有効期間満了日 ()
8 調理員その他の従業者	<ul style="list-style-type: none"> ・施設又は事業所の実情に応じた適当数を配置しているか。(調理員、事務員、送迎員など) * 調理業務： <input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 	はい・いいえ	条例37第4条第1項
9 サテライト型居住施設の本体施設である場合	<ul style="list-style-type: none"> ・サテライト型居住施設の本体施設であって、当該サテライト型居住施設に医師又は介護支援専門員を置かない場合は、両施設の入所者数の合計数を基礎として医師等の人員を算出しているか。 	はい・いいえ ・非該当	条例37第4条第1項 施解第二の5
10 職員の専従	<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホームの職員は、専ら当該特別養護老人ホームに従事する者であるか。ただし、同時並行的に行われるものでなく、各々の職務に従事すべき時間帯が明確に区分され、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りではない。 ※ ただし書きの規定は、直接入所者の処遇に当たる生活相談員、介護職員及び看護職員については、機能訓練指導員及び介護支援専門員並びに併設短期入所生活介護事業における同職との兼務を除き、原則として適用されない。(増員に係る生活相談員、介護職員、看護職員については、兼務可) 	はい・いいえ	老基省令第6条 老解釈第1の5
11 入所者数及び利用者数の算定	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者の員数を算定する場合の入所者及び利用者数は、前年度の平均値としているか。 	はい・いいえ	条例37第4条第1項 施解第二の6(5)

<p>ただし、新設し、若しくは再開し、又は増床した施設においては、適正な推定数により算定しているか。</p> <p>※ 前年度の平均値 = 前年度(4/1～3/31)の全入所者又は全短期利用者の延数を当該前年度の日数で除して得た数(小数点第2位以下切り上げ)</p> <p style="margin-left: 20px;">* 施設入所者数： 人</p> <p style="margin-left: 20px;">* 短期利用者数： 人</p> <p>□ 新設又は増床した施設に該当</p> <p style="margin-left: 20px;">新設又は増床の時点から、</p> <p style="margin-left: 40px;">* 6月未満の間 …… 全ベッド数の90%</p> <p style="margin-left: 40px;">* 6月以上1年未満の間 …… 直近の6月における全入所者等の延人数を6月間の日数で除して得た数</p> <p style="margin-left: 40px;">* 1年以上経過 …… 直近1年間における全入所者等の延人数を1年間の日数で除して得た数</p>	
---	--

第2 設備基準

点検項目	点検事項	点検結果	根拠法令	
1 居室 (ア)従来型多床室 (イ)従来型個室 (ウ)共通	・ 定員は2人以上4人以下となっているか。 (経過措置:既存施設の場合、「4人」は「原則として4人」又は「8人」)	はい・いいえ	条例37第6条第1項 施解第三の4(1)	
	・ 定員は1人となっているか。	はい・いいえ		
	・ ユニットに属する個室を従来型個室として届け出していないか。	はい・いいえ	建物の整備年度 年	
	・ 1人当たりの床面積は10.65㎡以上か。(経過措置:既存施設の場合、「10.65㎡」は「収納設備等を除き4.95㎡」)	はい・いいえ	多床室	種別 室数
		はい・いいえ		5人以上
		はい・いいえ		4人部屋
	はい・いいえ	3人部屋		
	・ ブザー等の設備を設けているか。	はい・いいえ	個室	種別 室数
	・ 入居者の身の回り品を保管することができる設備があるか。	はい・いいえ		10.65㎡以下
	・ 地階に設けていないか。	はい・いいえ		10.65㎡超
・ 寝台又はこれに代わる設備を備えているか。	はい・いいえ	老基省令第11条第4項ロ、ニ、ホ、ヘ		
・ 出入口は空地、廊下、広間に面しているか。	はい・いいえ			
・ 1/14以上の面積が外気に面して開放できるか。	はい・いいえ			
2 静養室	・ 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。	はい・いいえ	条例37第6条第3項 老基省令第11条第4項第2号	
	・ 地階に設けていないか。	はい・いいえ		
	・ 寝台又はこれに代わる設備を備えているか。	はい・いいえ		

	・ 出入口は空地、廊下、広間に面しているか。	はい・いいえ	
	・ 1/14以上の面積が外気に面して開放できるか。	はい・いいえ	
	・ ブザー等の設備を設けているか。	はい・いいえ	
	・ 入居者の身の回り品を保管することができる設備があるか。	はい・いいえ	
3 浴室	・ 要介護者が入浴するのに適したものであるか。	はい・いいえ	条例37第6条第3項
4 洗面設備	・ 居室のある階ごとに設けられているか。	はい・いいえ	条例37第6条第3項
	・ 要介護者が使用するのに適したものとなっているか。	はい・いいえ	
5 便所	・ 居室のある階ごとに居室に近接して設けられているか。	はい・いいえ	条例37第6条第3項
	・ ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、要介護者が使用するのに適したものであるか。	はい・いいえ	
6 医務室	・ 医療法第1条の5第2項に規定する診療所となっているか。	はい・いいえ	条例37第6条第3項
	・ 医薬品及び医療機器を備えているか。	はい・いいえ	
	・ 必要に応じて臨床検査設備を設けているか。	はい・いいえ	
7 食堂 機能訓練室	・ 必要な広さを有しているか。 食堂及び機能訓練室の合計した面積が3㎡×入所定員以上となっているか。 ※ 食事の提供及び機能訓練を行う場合において、食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保できるときは、同一の場所とすることができる。 ※ 経過措置:H12.4.1に現存する建物については、当分の間適用しない。	はい・いいえ	条例37第6条第3項 施解第三の4(3)
	・ 必要な備品を備えているか。(例:食堂用のテーブル、機能訓練器具)	はい・いいえ	現況: 食堂 ㎡ 機能訓練室 ㎡
8 調理室	・ 火気を使用する部分は、不燃材料を用いているか。	はい・いいえ	老基省令第11条第4項第7号 老解釈第二の1(8)
	・ 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けているか。	はい・いいえ	
9 汚物処理室	・ 他の設備と区別された一定のスペースを有しているか。	はい・いいえ	老解釈第二の1(9)
10 介護職員室	・ 居室のある階ごとに居室に近接して設けてあるか。	はい・いいえ	老基省令第11条第4項第8号イ
11 面談室 看護職員室 洗濯室(洗濯場) 介護材料室	・ 設置されているか。	はい・いいえ	老基省令第11条第3項
	・ 適当な広さ又は数があるか。	はい・いいえ	
12 その他	・ 廊下幅は、1.8m以上あるか。中廊下は2.7m以上あるか。 ※備品等の設置により、所要幅が基準以下になっていないか。	はい・いいえ	条例37第6条第3項
	・ 廊下、便所その他必要な場所に常夜灯を設けているか。	はい・いいえ	

・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。	はい・いいえ	老解釈第一の3 老基省令第3条 老基省令第11条第6項第3号、4号、5号
・便所等の面積又は数の定めのない設備については、各々の設備の持つ機能を十分に発揮し得る適当な広さ又は数を確保するよう配慮しているか。	はい・いいえ	
・設備は、専ら介護老人福祉施設又は併設短期入所生活介護事業の用に供するものとなっているか。 ※ 入所者の処遇に支障がない場合は、入所者が日常継続的に使用する設備を除き、この限りではない。	はい・いいえ	
・配置及び構造、設備は日照、採光、換気等の保健衛生、防災について十分考慮されているか。	はい・いいえ	
・廊下及び階段には手すりを設けてあるか。	はい・いいえ	
・階段の傾斜は、緩やかになっているか。	はい・いいえ	
・居室、静養室等が2階以上の階にある場合は、1以上の傾斜路を設けているか。ただし、エレベーターを設ける場合は、この限りでない。	はい・いいえ	

第3 運営基準

点検項目	点検事項	点検結果	根拠法令
1 施設サービスの内容及び手続の説明及び同意 (施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設サービスの提供の開始に際し、入所申込者又は家族に重要事項を記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について同意を得ているか。 ※ 重要事項説明書に盛り込むべき内容 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> サービス内容及び利用料その他の費用の額 <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"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日 <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 	はい・いいえ	条例37第9条 ①説明状況 <input type="checkbox"/> 全員に説明済み <input type="checkbox"/> 一部に未終了(未終了者 人) <input type="checkbox"/> 説明未済 ②同意状況(書面同意が望ましい) <input type="checkbox"/> 契約書による同意 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書による同意 <input type="checkbox"/> 別途同意書による同意 <input type="checkbox"/> 口頭同意のみ <input type="checkbox"/> その他 ()

<p>2 短期入所サービスの内容及び手続の説明及び同意 (短期・予防短期)</p>	<p>・(介護予防)短期入所生活介護の提供の開始に際し、利用者又は家族に重要事項を記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について同意を得ているか。 ※ 重要事項説明書に盛り込むべき内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> サービス内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス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"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日 <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>はい・いいえ</p>	<p>条例35第55条【準用第8条】 条例36第49条【準用第8条】</p> <p>①説明状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全員に説明済み <input type="checkbox"/> 一部に未終了(未終了者 人) <input type="checkbox"/> 説明未済 <p>②同意状況(書面同意が望ましい)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 契約書による同意 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書による同意 <input type="checkbox"/> 別途同意書による同意 <input type="checkbox"/> 口頭同意のみ <input type="checkbox"/> その他 ()
<p>3 提供拒否の禁止</p>	<p>・正当な理由なくサービスの提供を拒んでいないか。 (特に要介護度や所得の多寡を理由に拒否していないか。)</p> <p>※ 提供拒否の正当な理由</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 入所申込者が入院治療を必要とする場合等 (施設) ② 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 (短期) ③ 利用者の居住地が通常の事業の実施地域外である場合 (短期) ④ その他利用申込者に対し自ら適切なサービス提供が困難な場合 	<p>はい・いいえ</p>	<p>条例37第10条 条例35第55条【準用第9条】 条例36第49条【準用第18条の2】</p>
<p>4 サービス提供困難時の対応</p>	<p>・サービス提供困難時は、他の病院・事業所の紹介等その他適切な措置を講じているか。</p>	<p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>規則71第14条</p>
<p>5 要介護認定等の申請に係る援助</p>	<p>・要介護認定等の更新の申請が遅くとも要介護認定等の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行っているか。</p>	<p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>規則71第16条</p>

6 入退所 (施設)	<ul style="list-style-type: none"> 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、指定介護福祉施設サービス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。 なお、こうした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。 	はい・いいえ ・非該当	規則71第17条 入所判定基準の有無（有・無） 入所判定委員会設置の有無（有・無） 開催頻度： 年 回 構成職種： <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<ul style="list-style-type: none"> 入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めているか。 	はい・いいえ	
7 サービス提供の記録 (施設)	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設の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。 	はい・いいえ	規則71第18条
	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉施設サービスを提供したときは、具体的なサービスの内容等を記録しているか。 	はい・いいえ	
(短期・予防短期)	<ul style="list-style-type: none"> 短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)を提供した際には、提供日及び内容をサービス利用票等に記載しているか。 	はい・いいえ	規則82第121条【準用第20条】 規則83第112条【準用第39条の14】
	<ul style="list-style-type: none"> 利用者から申し出があった場合には、サービス利用票等に記載した情報を文書の交付その他適切な方法により、利用者に対して提供しているか。 ※その他適切な方法とは、利用者の用意する手帳等に記載するなどの方法をいう。 	はい・いいえ ・非該当	
8 利用料等の受領	<ul style="list-style-type: none"> 法定代理受領サービスの場合は、入所者(利用者)から介護報酬の1割又は2割(平成30年8月～ 3割追加)の額の支払を受けているか。 * 割引の有無（有・無） 	はい・いいえ	規則71第19条 規則82第111条 規則83第101条
	<ul style="list-style-type: none"> 法定代理受領サービスとそうでないサービスの場合の利用料の額に不合理な差額を設けていないか。 	はい・いいえ ・非該当	
	<ul style="list-style-type: none"> 法定代理受領サービスに係る支払い以外で、下記の費用以外の費用の支払いを受けていないか。 【日常生活費】 ① 食事の提供に要する費用 ② 居住(滞在)に要する費用 ③ 理美容代 【特別なサービス等の費用】(日常生活費とは区分される費用) ④ 入所者(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 ⑤ 入所者(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 ⑥ 送迎に要する費用(短期) ※ 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて必要と認められる場合は加算 	はい・いいえ	注：おむつ代は徴収できない。 注：保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用は認められない。 (お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目は不可)

	<p>の対象となるので徴収不可</p> <p>⑦ 日常生活においても通常必要となる費用で入所者(利用者)に負担させることが適当と認められるもの(その他の日常生活費)</p> <p><input type="checkbox"/> 入所者(利用者)の希望による身の回り品(歯ブラシ等)</p> <p><input type="checkbox"/> 入所者(利用者)の希望による教養娯楽品(クラブの材料代等)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>(特養の場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康管理費(予防接種に係る費用等)</p> <p><input type="checkbox"/> 預かり金管理料</p> <p><input type="checkbox"/> 私物の洗濯代(取継のみ)</p>		<p>注:⑦に係るものは、利用者の個別的な希望により提供するものに限る。 (全ての利用者に一律に提供し、全ての利用者から画一的に徴収することは認められない。)</p> <p>注:居住費(滞在費)、食費、特別な室料、特別な食費の同意については、必ず文書で得ること</p>
	<p>・上記費用の徴収に当たっては、次のとおり適切に取り扱っているか。</p> <p>① サービス内容及び費用の額を運営規程で定める</p> <p>② サービス内容及び費用の額を事業所等の見やすい場所へ掲示する</p> <p>③ あらかじめ当該サービスの内容及び費用を記した文書を交付して説明し、同意を得る</p>	はい・いいえ	
	<p>・上記⑦に入所者預り金の管理に要する費用の徴収がある場合、適切に管理されているか。(施設)</p> <p><input type="checkbox"/> 責任者及び補助者の選定(印鑑と通帳が別々に保管されている)</p> <p><input type="checkbox"/> 管理状況の確認(複数の者による定期的な点検)</p> <p><input type="checkbox"/> 保管依頼書(契約書)</p> <p><input type="checkbox"/> 個人別出納台帳</p> <p><input type="checkbox"/> 預り金に係る規程</p>	はい・いいえ ・非該当	通帳保管者氏名: 印鑑保管者氏名:
	<p>・サービスを提供した費用の支払いを受けた際、利用者等に領収証を交付しているか。</p>	はい・いいえ	施行規則第82条 施行規則第65条、第85条【準用第65条】
	<p>・上記の領収証には、保険給付による額、食費、居住費(滞在費)、その他の費用による額を区分して記載しているか。 ※ その他の費用については個別の費用毎に区分されていることが必要</p>	はい・いいえ	
	<p>・食費の設定は、原則として一食ごとに分けて設定しているか。(短期・予防短期)</p>	はい・いいえ	H24.4月 Q&A(vol.2)問42
9 居住費(滞在費)、食費の負担	<p>・居住費(滞在費)、食費について、市町から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた者に対しては、その認定証に記載された負担額以上の金額を徴収していないか。</p>	はい・いいえ	国指針
	<p>・居住費(滞在費)、食費について、第4段階の者についてのみ、第1段階から第3段階の者に対する基準費用額を下回る設定をしていないか。</p>	はい・いいえ	
	<p>・平成17年9月30日時点で従来型個室に入所している入所者が引き続き入所している場合は、多床室の金額を徴収しているか。(ただし、平成17年9月中に特別な室料を徴収している場合は対象外)(施設)</p>	はい・いいえ ・非該当	

	<p>※居住費(滞在費)の負担限度額(日額) (円)</p> <table border="1" data-bbox="497 161 1489 344"> <thead> <tr> <th></th> <th>1段階</th> <th>2段階</th> <th>3段階</th> <th>基準費用額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>多床室</td> <td>0</td> <td>370</td> <td>370</td> <td>840</td> </tr> <tr> <td>従来型個室</td> <td>320</td> <td>420</td> <td>820</td> <td>1,150</td> </tr> <tr> <td>ユニット型個室的多床室</td> <td>490</td> <td>490</td> <td>1,310</td> <td>1,640</td> </tr> <tr> <td>ユニット型個室</td> <td>820</td> <td>820</td> <td>1,310</td> <td>1,970</td> </tr> </tbody> </table> <p>※食費の負担限度額(日額) (円)</p> <table border="1" data-bbox="497 395 1489 469"> <thead> <tr> <th></th> <th>1段階</th> <th>2段階</th> <th>3段階</th> <th>基準費用額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>300</td> <td>390</td> <td>650</td> <td>1,380</td> </tr> </tbody> </table>		1段階	2段階	3段階	基準費用額	多床室	0	370	370	840	従来型個室	320	420	820	1,150	ユニット型個室的多床室	490	490	1,310	1,640	ユニット型個室	820	820	1,310	1,970		1段階	2段階	3段階	基準費用額		300	390	650	1,380	
	1段階	2段階	3段階	基準費用額																																	
多床室	0	370	370	840																																	
従来型個室	320	420	820	1,150																																	
ユニット型個室的多床室	490	490	1,310	1,640																																	
ユニット型個室	820	820	1,310	1,970																																	
	1段階	2段階	3段階	基準費用額																																	
	300	390	650	1,380																																	
<p>10 特別な室料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 特別な居室に係る費用については、一般の居住費(滞在費)に対する追加的費用であることを利用者等又は家族に対し、明確に説明した上で契約しているか。また、下記の基準を満たして適切に設定されているか。 <ol style="list-style-type: none"> ① 定員が、1人又は2人であること ② 特別な居室の定員割合が概ね50%を超えないこと ③ 1人当たりの床面積が10.65㎡以上であること ④ 設備等が利用料のほかに費用の支払を受けるにふさわしいものであること。 ⑤ 特別な居室の提供が入所者(利用者)の選択に基づくものであり、サービス提供上の必要性から行われるものでないこと ⑥ 費用の額が運営規程に定められていること 	<p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>国基準</p>																																			
<p>11 特別な食事</p>	<ul style="list-style-type: none"> 特別な食事に係る費用については、一般の食事に対する追加的費用であることを利用者等又は家族に対し、明確に説明した上で契約しているか。また、下記の基準を満たして適切に設定されているか。 <ol style="list-style-type: none"> ① 高価な材料を使用し、特別な調理を行うなど、一般の食費を超えて支払を受けるのにふさわしいものであること ② 予め利用者等又はその家族に対し十分な情報提供を行い、利用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こと ③ 施設内に特別な食事の内容及び料金、予め定められた日に予め希望した利用者等に提供できることを掲示していること 基本となる食事の中で提供すべき食事を、特別な食事として費用徴収をしていないか。 不適切な例：栄養補助食品 ：咀嚼がしやすいように刻み食やミキサーでかけた食事を提供する場合に当該利用者等の食事のみ高く設定 	<p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>国基準</p>																																			
<p>12 保険給付の請求のための証明書の交付</p>	<ul style="list-style-type: none"> 法定代理受領サービスに該当しない指定介護老人福祉施設及び指定短期入所生活介護(介護予防指定短期入所生活介護)に係る費用の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を入所者(利用者)に対して交付しているか。 	<p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>規則71第20条</p>																																			

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
<input type="checkbox"/> 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
<input type="checkbox"/> 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する | | |
|--|--|--|

* 2 1人の方について複数の身体的拘束等を行っている場合は、それぞれカウントする。

現在残っている身体的拘束等がある場合、拘束を必要とする個別の理由

- ・
- ・
- ・
- ・

昨年の調査基準日(平成29年6月1日)と比べて、状況の変化があったか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 前回・今回とも身体拘束なし
<input type="checkbox"/> 減少した
<input type="checkbox"/> 増加した | <input type="checkbox"/> すべて廃止(今回身体拘束なし)
<input type="checkbox"/> 変わらない |
|--|--|

すべて廃止した場合、身体的拘束等廃止に至った主な取組内容

- ・
- ・
- ・
- ・

昨年の基準日以降拘束を外したことによって事故につながった件数

件

・ 緊急やむを得ず身体的拘束等を実施する場合は、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の三要件を満たしていることを確認し、入院患者等や家族に説明の上、実施することとしているか。

(三つの要件)

- 入院患者等本人又は他の入院患者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い(切迫性)
- 代替する介護方法がない(非代替性)
- 一時的なものである(一時性)

(実施の判断)

- 医師の指示 カンファレンスで検討 現場ケアスタッフの判断のみ

はい・いいえ
・非該当

<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者等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。 	はい・いいえ ・非該当
<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束等の記録の内容は、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の三要件を満たしていることが確認できる内容となっているか。また、廃止に向けての検討材料となり得る内容となっているか。 	はい・いいえ ・非該当
<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（以下、「身体的拘束適正化検討委員会」という。）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対し、周知徹底を図っているか。 <p>※ 身体的拘束適正化検討委員会は、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成され、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要</p> <p>※ 身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、事故防止委員会及び感染対策委員会については、関係する職種等が身体的拘束適正化検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも可能</p> <p>※ 身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。</p>	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるため、次に掲げる事項を実施しているか。 <ol style="list-style-type: none"> 身体的拘束について報告するための様式を整備すること 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束について報告すること 身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること 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 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。 	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。 	はい・いいえ

	<ul style="list-style-type: none"> ・次に掲げる項目が、身体的拘束等の適正化のための指針に盛り込まれているか。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 施設における身体的拘束適正化に関する基本的考え方 <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の報告方法等のための方策に関する基本方針 <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"/> 入所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 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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研修を実施しているか。 ※ 研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・研修の実施内容について記録しているか。 	はい・いいえ	
<p>16 施設サービス計画の作成 (施設)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、施設サービス計画の作成に関する業務を介護支援専門員に担当させているか。 	はい・いいえ	規則71第22条
<ul style="list-style-type: none"> ・計画担当介護支援専門員は、入所者及びその家族に面接を行い、適切な方法により、入所者の有する能力、置かれている環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、解決すべき課題(アセスメント)を把握しているか。 	はい・いいえ		
<ul style="list-style-type: none"> ・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、施設サービス計画の原案を作成しているか。 <p>【計画原案の内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入所者及びその家族の生活に対する意向 <input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針 <input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題 <input type="checkbox"/> サービスの目標及びその達成時期 <input type="checkbox"/> サービスの内容 <input type="checkbox"/> サービスを提供する上での留意事項 <p>【計画作成状況】(様式)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 第1表 (入所者及びその家族の意向・総合方針) <input type="checkbox"/> 第2表 (目標及び援助内容) <input type="checkbox"/> 第3表 (週間計画) 又は第4表 (日課計画) <input type="checkbox"/> 第5表 (サービス担当者会議の要点) 又はケアカンファレンスに代わる記録 <input type="checkbox"/> 第6表 (経過記録) 	はい・いいえ		

	<ul style="list-style-type: none"> ・計画担当介護支援専門員は、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、当該施設サービス計画の原案の内容について、各担当者から、専門的な見地からの意見を求めているか。 	はい・いいえ	【交付状況】 <input type="checkbox"/> 全員に交付済 <input type="checkbox"/> 一部未交付（未交付者 人） <input type="checkbox"/> 交付未済 ※ 特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。 なお、特段の事情がある場合には、その具体的内容を記録しておくこと。
	<ul style="list-style-type: none"> ・計画担当介護支援専門員は、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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の実施状況の把握を行うとともに、入所者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・計画担当介護支援専門員は、実施状況の把握（モニタリング）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、次に定めるところにより行っているか。 ① 定期的に入所者に面接すること。 ② 定期的モニタリングの結果を記録すること。 記録の有無（有・無） 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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、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。 ① 入所者が要介護更新認定を受けた場合 ② 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合 	はい・いいえ	
17 短期入所生活介護計画（介護予防短期入所生活介護計画）の作成 （短期・予防短期）	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね4日以上にわたり連続して入所する予定の利用者については、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（介護予防短期入所生活介護計画）を作成しているか。 	はい・いいえ	規則82第113条 規則83第104条 参加職種 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他（ ） 開催頻度（月・週 回）
	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護計画（予防含む。以下同じ）は、既に居宅サービス計画（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されているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護計画を作成後に居宅サービス計画（予防含む。以下同じ）が作成された場合は、当該計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、短期入所生活介護計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付しているか。 	はい・いいえ	
18 入浴の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・1週間に2回以上、入所者を入浴させ、又は清しきしているか。 	はい・いいえ	規則71第23条第2項
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の心身の状況や自立支援を踏まえて、適切な方法により実施されているか。 	はい・いいえ	

19 褥瘡予防対策	・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、実践並びに評価を行っているか。	はい・いいえ ・非該当	規則71第23条第5項 施解第四の11(5) 褥瘡を有する者の数: 人 褥瘡対策チーム構成職種: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他() 研修日: 内容:												
	・専任の褥瘡予防対策担当者を決めているか。 ※看護師が望ましい。 * 担当者氏名: (職名:)	はい・いいえ													
	・医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置しているか。	はい・いいえ													
	・褥瘡対策のための指針を整備しているか。	はい・いいえ													
	・介護職員等に対し、褥瘡対策に関する研修等を実施しているか。	はい・いいえ													
20 排泄・おむつ交換の状況	・入所者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行っているか。	はい・いいえ	規則71第23条第3項、第4項												
	・おむつの必要な者に対し適切に取り替えているか。	はい・いいえ													
	・換気、保温、プライバシーの確保に配慮されているか。	はい・いいえ													
21 離床等の状況	・離床、着替え、整容等の介護を適切に行っているか。	はい・いいえ	規則71第23条第6項												
22 食事の提供	・食事は入所者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の入所者の栄養状態に応じた栄養管理に努め、摂食、嚥下機能その他の身体状況や、食形態、嗜好等にも配慮した適切な栄養量及び内容となっているか。	はい・いいえ	規則71第24条 施解第四の12 <table border="1" data-bbox="1615 754 2080 866"> <tr> <td></td> <td>朝食</td> <td>昼食</td> <td>夕食</td> </tr> <tr> <td>食事時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検食時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 献立表の作成の有無 (有・無) 嗜好調査実施の有無 (有・無) 残食(菜)調査実施の有無 (有・無) 検食者(実施している者にチェック) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他() 「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づく点検の有無 (有・無)		朝食	昼食	夕食	食事時間				検食時間			
		朝食		昼食	夕食										
	食事時間														
	検食時間														
	・夕食時間は午後6時以降とすることが望ましいが、早くとも5時以降となっているか。	はい・いいえ													
	・食事はできるだけ離床して食堂で行われるよう努めているか。	はい・いいえ													
	・調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしているか。	はい・いいえ													
	・病弱者に対する献立は、必要に応じ、医師の指導を受けているか。	はい・いいえ ・非該当													
	・嗜好調査、残食(菜)調査、検食等が適切に反映するなど、工夫がなされているか。	はい・いいえ													
	・保存食は、2週間冷凍保存されているか。また、原材料についても全て保存されているか。	はい・いいえ													
・調理室、食器類の衛生管理に努めているか。	はい・いいえ														
・給食関係者の検便は月一回適切に実施されているか。	はい・いいえ														
・給食業務を委託している施設においては、委託契約書が国の示す基準に基づいて、作成されているか。	はい・いいえ ・非該当														
23 社会生活上の便宜の提供等	・教養娯楽設備等を備えるほか、適宜レクリエーションを行っているか。 レクリエーションの内容:	はい・いいえ	規則71第26条 施解第四の14												

	<ul style="list-style-type: none"> 行政機関等に対する手続きについて、入所者等の同意を得て代行しているか。 	はい・いいえ ・非該当	要介護認定等の申請代行の有無 (有・無) 手数料の徴収の有無 (有・無)
	<ul style="list-style-type: none"> 金銭にかかるものについては、書面等をもって事前に同意を得て代行しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の外出の機会を確保するよう努めているか。 	はい・いいえ	
24 機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の心身の状況を踏まえ、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。 	はい・いいえ	規則71第27条 施解第四の15
	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練室における訓練に限らず、日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事を通じた訓練について配慮されているか。 	はい・いいえ	1週間当たりの機能訓練の実施回数: 回/週
25 健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師又は看護職員は、常に入所者の健康状態に注意し、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。 	はい・いいえ	条例37第11条 定期健康診断の実施 (有・無)
26 入所者の入院期間中の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> 入院の必要が生じた場合、入院後概ね3月以内の退院が明らかに見込まれる時は、本人等の希望を勘案し、必要に応じ適切な便宜を供与するとともに、退院後再び入所できるようにしているか。 	はい・いいえ	規則71第28条 施解第四の17
	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の入院期間中のベッドについては、短期入所生活介護事業等に利用しても差し支えないが、入所者が退院時に円滑に再入所できるよう計画的に行っているか。 	はい・いいえ	入院後3ヶ月以内に退所した事例の有無 (死亡を除く) (有: 人/年・無)
27 入所者(利用者)に関する市町への通知	<ul style="list-style-type: none"> 入所者(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町に通知しているか。 ① 正当な理由なしに施設の指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたときと認められるとき ② 偽りその他不正行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。 	はい・いいえ ・非該当	規則71第29条
28 運営規程(施設)	<ul style="list-style-type: none"> 次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めているか。 <input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> サービスの内容及び利用料その他の費用の額 <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"/> その他運営に関する重要事項 (やむを得ず身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい) 	はい・いいえ	規則71第8条 運営規程最終変更(施行)年月日 介護老人福祉施設:
(短期・予防短期)	<ul style="list-style-type: none"> 次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めているか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 	はい・いいえ	規則82第108条 規則83第98条

	<input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 利用定員(空床利用型を除く) <input type="checkbox"/> サービスの内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス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"/> その他運営に関する重要事項 (やむを得ず身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい)		運営規程最終変更(施行)年月日 短期入所 : 予防短期入所 :
29 勤務体制の確保等	・月ごとに勤務表(介護職員の勤務体制を2以上で行っている場合は、その勤務体制ごとの勤務表)を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従・兼務の別、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記載しているか。	はい・いいえ	規則71第6条 施解第四の24(1)
	・兼務がある従業者について、その勤務実態が適切に記録されているか。特に、併設事業所と兼務している従業者は、他事業所の勤務時間と明確に区分して記録されているか。	はい・いいえ	
	・育児休業、産休、長期病休等代替職員は確保されているか。	はい・いいえ	
(職員研修)	・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。 <input type="checkbox"/> 年間研修計画の作成 <input type="checkbox"/> 新任職員研修 <input type="checkbox"/> 施設内研修 <input type="checkbox"/> 施設外研修	はい・いいえ	
(職員健診)	・従業者の定期健康診断(年1回(夜勤職員については年2回)以上)を行っているか。	はい・いいえ	労働安全衛生規則第44条、第45条
	・6ヶ月ごとに既往症・自覚症状等の腰痛検診を行っているか。	はい・いいえ	職場における腰痛予防対策指針 4(1)
30 定員 (施設)	・入所定員及び居室の定員を超えて入所させていないか。 ※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。	はい・いいえ	規則71第30条
	・静養室等の居室以外の設備を居室として使用していないか。	はい・いいえ	
(短期・予防短期)	・利用定員及び居室の定員(空床利用型事業所にあつては、特別養護老人ホームの入所定員及び居室の定員)を超えて短期入所生活介護の提供を行っていないか。 ※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。	はい・いいえ	規則82第119条 規則83第110条
	・利用定員を超えて、静養室において短期入所生活介護の提供を行う場合は、次のいずれの条件も満たしているか。 ① 利用者の状況及び利用者の家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護の提供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短期入所生活介護を提供する場合。	はい・いいえ ・非該当	

	<p>② 当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急の必要がある場合にのみ認められるものであり、当該利用者に対する短期入所生活介護の提供は7日(利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日)を限度に行っているか。 	はい・いいえ ・非該当	居解第三の八の3(14)、第四の一
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は、利用定員が40人未満である場合は1人、40人以上である場合は2人までとしているか。 	はい・いいえ ・非該当	
31 非常災害対策	<ul style="list-style-type: none"> ・消防法令に基づくスプリンクラー、屋内消火栓、非常通報装置、防災カーテン、寝具等の設備が整備され、また、これらの設備について専門業者により定期的な点検が行われているか。 <p>* 全施設に設置 : <input type="checkbox"/> 消火器 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置</p> <p>* 延べ275㎡以上の施設に設置 : <input type="checkbox"/> スプリンクラー</p> <p>* 延べ700㎡以上の施設に設置 : <input type="checkbox"/> 屋内消火栓</p>	はい・いいえ	<p>条例37第7条 施解第四の25</p> <p>消防法施行令別表第一(6)項ロ 点検記録: (有・無)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤者とは別に管理宿直者が配置されているか。 	はい・いいえ	管理宿直者氏名:
	<ul style="list-style-type: none"> ・周辺の地域の環境及び利用者の特性等に応じて、地震、風水害、火災その他の災害が発生した場合における安全の確保のための体制及び避難の方法等を定めた防災計画(以下「施設内防災計画」という。)を策定しているか。 <p>※「施設内防災計画」の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 消防計画</p> <p><input type="checkbox"/> 防災マニュアル: 「福祉・医療施設防災マニュアル作成指針」に基づき、施設の実情に応じて、各施設・事業者が作成するもの</p>	はい・いいえ	※「福祉・医療施設防災マニュアル作成指針」、「福祉施設等の災害対策取組事例集」については県厚政課のホームページを参照
	<ul style="list-style-type: none"> ・「施設内防災計画」に基づき、以下の体制整備を行っているか。また、ア及びイについて、定期的に従業員、入所者・利用者及びその家族に周知しているか。 <p>ア 関係機関(市町、消防署、警察署等)への通報・連絡体制</p> <p>イ 入所者・利用者を円滑に避難誘導するための体制</p> <p>ウ 市町等との連携協力体制</p>	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・施設及び事業者は、非常災害に備えるため、災害時はもちろんのこと平常時から以下の情報収集等に注意を払っているか。 <p>ア 入所者・利用者の状態、家族の連絡先等の利用者情報の把握</p> <p>イ 気象情報・災害危険個所の状態等の必要な情報の収集</p> <p>ウ 職員への防災教育、入所者の防災意識向上 等</p>	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練のうち、避難訓練及び消火訓練については、「施設内防災計画」で定めた時期、回数に基づき定期的に行っているか。 <p>また、夜間又は夜間を想定した訓練を実施しているか。</p> <p>* 訓練計画回数: 年 回 (前回実施日:)</p> <p>* 夜間又は夜間想定訓練の実施: (有・無)</p>	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練の結果に基づき、施設内防災計画の検証及び必要な見直しを行っているか。 	はい・いいえ	

32 衛生管理	<p>・入所者の使用する食器その他の設備又は飲用水の衛生的な管理に努めているか。また、医療品及び医療用具を適正に管理しているか。 * 衛生管理自己点検表の活用 (有・無)</p>	はい・いいえ	<p>条例37第12条 感染防止標準マニュアル(有・無)</p>
	<p>・感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように措置を講じているか。</p>	はい・いいえ	<p>個別対策マニュアル <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他 () 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の確認 (有・無) 感染症対策委員会 開催頻度: 年 回 構成職種: <input type="checkbox"/> 施設長(管理者) <input type="checkbox"/> 事務長 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> その他 () 定期研修の開催頻度: 年 回 新規採用者研修の有無 (有・無) 老解釈第四の13(1)③</p>
	<p>・食中毒及び感染症の発生を防止するため、保健所との密接な連携を取っているか。</p>	はい・いいえ	
	<p>・特にインフルエンザ、腸管出血性大腸菌、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係る厚生労働省の通知に基づき、適切な措置を講じているか。</p>	はい・いいえ	
	<p>・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>	はい・いいえ	
	<p>・「感染対策委員会」を設置し、概ね3月に1回程度、定期的開催しているか。また、その結果について、介護職員その他の従業者に対して周知徹底しているか。</p>	はい・いいえ	
	<p>・専任の感染対策担当者を決めているか。(※看護師が望ましい) * 感染対策担当者氏名: (職名:)</p>	はい・いいえ	
	<p>・「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。</p>	はい・いいえ	
	<p>・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を定期的実施しているか。 ※委託事業者(調理・清掃等)に対する周知も必要</p>	はい・いいえ	
<p>・常に施設内外を清潔に保つとともに、年1回大掃除を行っているか。</p>	はい・いいえ		
33 協力病院等	<p>・協力病院を定めているか。 * 協力病院名:</p>	はい・いいえ	規則71第31条
	<p>・協力歯科医療機関を定めるよう努めているか。 * 協力歯科医療機関名:</p>	はい・いいえ	
34 掲示	<p>・施設の見えやすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務体制その他のサービスの選択に資すると認められる事項を掲示しているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> 協力病院 (施設) <input type="checkbox"/> 居住費 (施設) <input type="checkbox"/> 滞在費 (短期) <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 特別な食事の提供内容</p>	はい・いいえ	<p>規則71第32条 規則82第121条【準用第29条】 規則83第112条【準用第43条の2】</p>

35 秘密保持等	<ul style="list-style-type: none"> 施設の従業者、従業者であった者又は委託事業者等が、業務上知り得た入所者等又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じているか。 * 措置の内容 () 	はい・いいえ	<p>条例37第14条 条例35第55条【準用第11条】 条例36第49条【準用第18条の4】</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業者等に対して、入所者等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等の同意を得ているか。 ※ 重要事項説明書等により包括同意が取れていれば可 	はい・いいえ	<p>規則71第33条 規則82第121条【準用第30条】 規則83第112条【準用第43条の3】</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 入所者等の個人情報を取り扱うに当たり、利用目的を特定して公表(施設内掲示等)しているか。 	はい・いいえ	<p>個人情報の保護に関する法律第15条及び第16条</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 特定し公表した利用目的を超えて個人情報を取り扱う際には、法令に基づく場合等を除き、本人の同意を得ているか。 	はい・いいえ	<p>医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスについて(平成29.4.14老発0414第1号局長連名通知)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 要配慮個人情報を取得する際には、法令に基づく場合等を除き、あらかじめ本人の同意を得ているか。 ※ 要配慮個人情報とは、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述が含まれる個人情報をいう。 個人情報の保護に関する法律施行令第2条 → 心身の機能の障害、健康診断の結果、診療情報、調剤情報、被疑者又は被告人として刑事手続を受けた事実等 	はい・いいえ	<p>個人情報の保護に関する法律第17条第2項</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 入所者等の個人データの安全管理(漏えい等の防止)のための措置を講じているか。 * 個人データの取扱規程等の策定の有無 (有・無) * 個人データの事務取扱担当者の明確化の有無 (有・無) * 個人データを取り扱う機器、電子媒体、書類等の物理的な安全管理措置の有無(施錠できる書庫での保管など) (有・無) * 個人データに対するアクセスの制限の有無(IDやパスワード等による認証等) (有・無) * 個人データの取扱状況の分かる記録の保存の有無 (有・無) * その他() (有・無) 	はい・いいえ	<p>個人情報の保護に関する法律第20条及び第21条</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 個人データの取扱いの全部又は一部を外部に委託している場合、委託業者の取扱いが適切に行われているかを定期的に確認しているか。 	はい・いいえ 非該当	<p>個人情報の保護に関する法律第22条</p>
<ul style="list-style-type: none"> 入所者等の特定個人情報(個人番号をその内容に含む個人情報)について、適切に保管しているか。 * 特定個人情報の保管の有無 (有・無) * 特定個人情報の漏えい防止の措置の有無 (有・無) → 個人番号の部分のマスキング等の加工等 	はい・いいえ ・非該当	<p>行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律 施設等における特定個人情報の取扱いについて(平成27.12.17 各局連名事務連絡)</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者等本人に代わって個人番号の記載等を含む行政手続に係る申請等を行う場合、適切に実施しているか。 <li style="padding-left: 20px;">* 代理申請の有無 (有・無) <li style="padding-left: 20px;">* 代理権の確認のための委任状作成の有無 (有・無) 	はい・いいえ ・非該当	
	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の個人番号及び特定個人情報(以下「特定個人情報等」という。)の漏えい、滅失又は毀損の防止等必要かつ適切な安全管理措置を講じているか。 <li style="padding-left: 20px;">* 特定個人情報等の安全管理措置に関する基本方針の策定の有無 (有・無) <li style="padding-left: 20px;">* 特定個人情報等の取扱規程等の策定の有無 (有・無) <li style="padding-left: 20px;">* 特定個人情報等の事務取扱担当者の明確化の有無 (有・無) <li style="padding-left: 20px;">* 特定個人情報等の取扱状況の分かる記録の保存の有無 (有・無) <li style="padding-left: 20px;">* 特定個人情報等を取り扱う機器、電子媒体、書類等の物理的な安全管理措置の有無(施錠できる書庫での保管など) (有・無) <li style="padding-left: 20px;">* 就業規則への規定(就業規則の改定)の有無 (有・無) <li style="padding-left: 40px;">→ 採用時の提出書類、利用目的、服務規律、懲戒事由等の追加 	はい・いいえ	特定個人情報の適正な取扱いに関するガイドライン(事業者編)
36 広告	<ul style="list-style-type: none"> ・施設についての広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものになっていないか。 	はい・いいえ ・非該当	規則71第34条
37 居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)に対する利益提供の禁止	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)又はその従業者に対し、当該施設を紹介すること若しくは退所者を紹介すること又は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。 	はい・いいえ	規則71第35条 規則82第121条【準用第32条】 規則83第112条【準用第43条の5】
38 苦情処理	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情に迅速かつ適切に対応するために、次の内容を定めているか。 <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 相談窓口 <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制及び手順等 	はい・いいえ	条例37第15条
	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の内容は、重要事項説明書に記載するとともに、施設に掲示しているか。 ※ 苦情相談窓口の記載、掲示にあたっては、連絡先(住所及び電話番号)も明示すること。 	はい・いいえ	※ 記載及び掲示すべき「苦情相談窓口」には、保険者である市町と国保連の相談窓口を含む。
	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録しているか。 	はい・いいえ ・非該当	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	はい・いいえ ・非該当	
	<ul style="list-style-type: none"> ・市町又は国保連(介護保険の場合)から指導又は助言を受けた場合は、調査に協力するとともに、指導又は助言に従い必要な改善を行っているか。 	はい・いいえ ・非該当	老基省令第29条第3項、第4項
	<ul style="list-style-type: none"> ・市町又は国保連(介護保険の場合)から求めがあった場合には、改善の内容を報告しているか。 	はい・いいえ ・非該当	
(第三者委員の設置)	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員を設置しているか。 	はい・いいえ	

39 地域との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・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地域との交流を図っているか。 	はい・いいえ	規則71第36条
40 事故発生の防止及び発生時の対応 (施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・「事故発生の防止のための指針」を整備しているか。 	はい・いいえ	条例37第16条
	<ul style="list-style-type: none"> ・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、その事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制が整備されているか。 	はい・いいえ	施解第四の32 事故防止検討委員会
	<ul style="list-style-type: none"> ・「事故防止検討委員会」を設置し、定期的開催しているか。 	はい・いいえ	開催頻度： 年 回
	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の安全対策担当者を決めているか。 * 安全対策担当者氏名： (職名：) 	はい・いいえ	構成職種： <input type="checkbox"/> 施設長(管理者) <input type="checkbox"/> 事務長 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職員
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員その他の従業者に対し、事故発生の防止のための研修を定期的に実施しているか。 	はい・いいえ	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。 	はい・いいえ ・非該当	定期研修の開催頻度： 年 回
	<ul style="list-style-type: none"> ・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を2年間整備(保存)しているか。 	はい・いいえ ・非該当	新規採用者研修の有無 (有・無)
41 緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の病状の急変等に備えるため、配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めているか。 	はい・いいえ	規則71第29条の2
	<ul style="list-style-type: none"> ※対応方針に定める規定の例：緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等 		
42 事故発生時の対応 (短期・予防短期)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町、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(介護予防支援事業者等)に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。 ※ 事故発生時の対応方法(マニュアル)を予め整備しておくことが望まれる。 	はい・いいえ	条例35第55条【準用第14条】 条例36第49条【準用第18条の7】 居解第三の八の3(16)【準用一の3(27)】 居解第四の一
	<ul style="list-style-type: none"> ・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を2年間整備(保存)しているか。 	はい・いいえ	対応マニュアルの有無 (有・無)
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対するサービスの提供により、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。 * 損害賠償保険への加入 (有・無) 	はい・いいえ ・非該当	
	<ul style="list-style-type: none"> ・事故が発生した場合、その原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じているか。 	はい・いいえ	

43 会計の区分	・介護老人福祉施設、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護の事業の会計及びその他の事業の会計は、サービスごとに区分されているか。	はい・いいえ	規則71第37条
44 記録の整備	・従業員、設備及び会計に関する諸記録を整備しているか。	はい・いいえ	規則71第9条
	・次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しているか。 ①施設サービス計画、短期入所生活介護計画(介護予防短期入所生活介護計画) ②提供した具体的なサービス内容等の記録 ③身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者(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 ④市町への通知にかかる記録 ⑤苦情の内容等の記録 ⑥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	はい・いいえ	規則82第109条 規則83第99条
45 障害者差別解消対策	・障害者に対し、不当な差別的取り扱いをしていないか。	はい・いいえ	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律
	・障害者に対し、合理的な配慮の提供をしているか。	はい・いいえ	
	・「福祉事業者向けガイドライン」について、職員に周知しているか。	はい・いいえ	
46 防犯対策	・外部からの不審者の侵入に対する防犯に係る安全確保を行っているか。 ＊安全確保に関する職員の役割分担の明確化 (有・無) ＊来訪者への声掛け (有・無) ＊外部からの人の出入りにつき受付名簿等による確認 (有・無) ＊警察等関係機関との連携 (有・無) ＊自治会、民生委員等との情報提供体制の整備 (有・無) ＊夜間の建物、門、囲障等の施錠の徹底 (有・無) ＊不審者対応マニュアルの作成 (有・無) ＊防犯設備(防犯カメラ等)の設置 (有・無) ＊防犯用具(さすまた等)の設置 (有・無) ＊防犯訓練の実施 (有・無) ＊その他() (有・無)	はい・いいえ	社会福祉施設等における防犯に係る安全の確保について(平成28.9.15雇児総発0915第1号ほか課長連名通知) 社会福祉施設等における防犯対策チェックリストを活用した自己点検について(平成28.8.18長寿社会第511号)
47 労働時間の適正管理	・職員の労働時間を適正に把握するため、職員の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し記録しているか。 ＊確認及び記録の方法 <input type="checkbox"/> 使用者自ら現認し記録 <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録により確認し記録 <input type="checkbox"/> 自己申告による記録 → 実際の労働時間と合致しているかの実態調査 (有・無) 調査頻度:年 回 確認方法:	はい・いいえ	労働基準法 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン(平成29.1.20厚生労働省策定)

第4 変更の届出等

点検項目	点検事項	点検結果	根拠法令
<p>1 変更の届出等 ※ 介護保険法にか かる届出 (施設)</p>	<p>・次に掲げる事項に変更があったときは、10日以内に県へ届け出ているか。</p> <p>① 施設の名称及び開設の場所 ② 開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ③ 開設者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る) ④ 併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要 ⑤ 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要 ⑥ 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 ⑦ 運営規程 ⑧ 協力病院(協力医療機関含む)の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容 ⑨ 当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項 ⑩ 役員の氏名、生年月日及び住所 ⑪ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号</p> <p>・介護報酬算定に係る単位数(定員)の増加又は加算体制の追加をしようとする場合は、変更しようとする月の前月末までに県に届け出ているか。(可能な限り前月15日までに提出するよう努めること。)</p>	<p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>法第89条 施行規則第135条 施留第一の1(2)</p>
<p>(短期・予防短期)</p>	<p>・次に掲げる事項に変更があったときは、10日以内に県へ届け出ているか。</p> <p>① 事業所の名称及び開設の場所 ② 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ③ 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る) ④ 当該申請に係る事業を特別養護老人ホームの空床利用により行う場合又は併設事業所で行う場合は、その旨 ⑤ 建物の構造概要及び平面図(当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合は併設本体施設又はユニット型事業所併設本体施設の平面図を含む。)(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要 ⑥ 当該申請に係る事業を特別養護老人ホームの空床利用により行うときは当該特別養護老人ホームの入所者の定員、それ以外の事業所で行うときは当該事業の開始時の利用者の推定数 ⑦ 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴</p>	<p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>法第75条 法第115条の5 施行規則第131条第1項第8号 施行規則第140条の19第1項第9号 施留第一の1(2) 予留第一の1(5)</p>

	⑧ 運営規程 ⑨ 協力病院(協力医療機関含む)の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容 ⑩ 当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費(介護予防サービス費)の請求に関する事項 ⑪ 役員の氏名、生年月日及び住所		
	・介護報酬算定に係る単位数(定員)の増加又は加算体制の追加をしようとする場合は、変更しようとする月の前月末までに県に届け出ているか。(可能な限り前月15日までに提出するよう努めること。)	はい・いいえ ・非該当	
2 変更の届出等 ※ 老人福祉法にか かる届出	・老人福祉法にかかる届出事項に変更があったときは、県へ届け出ているか。 (上記介護保険法にかかる届出とは別に提出が必要) ※ 提出先 特別養護老人ホームに関する届出 : 長寿社会課 施設班 老人短期入所事業に関する届出 : 管轄の健康福祉センター	はい・いいえ ・非該当	老福法第15条の2第2項 老施規則第4条 老福法第14条の2 老施規則第1条の10

第5 介護給付費の算定

点検項目	点検事項	点検結果	根拠法令									
1 基本的事項	・費用の額は、介護報酬の告示上の額が算定されているか。「介護給付費単位数表」 ＊割引の届出の有無(有・無)	はい・いいえ	施費一、二、三 居費一、二、三 予費一、二、三									
	・費用の額は、施設が所在する地域区分及びサービス種類に応じた「割合」×10円 ×「介護給付費単位数表に定める単位数」の金額となっているか。 【山口県内の地域区分及び割合(特養・短期・予防短期)】 <table border="1" style="margin: 5px auto;"> <thead> <tr> <th>地域区分</th> <th>地域</th> <th>割合(特養・短期・予防短期)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>七級地</td> <td>周南市</td> <td>1014/1000</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>周南市以外の地域</td> <td>1000/1000</td> </tr> </tbody> </table> ※ 地域は、平成30年4月1日において当該地域にかかる名称によって示された区域をい い、その後における当該名称又は当該区域の変更によって影響されるものではない。	地域区分		地域	割合(特養・短期・予防短期)	七級地	周南市	1014/1000	その他	周南市以外の地域	1000/1000	はい・いいえ
	地域区分	地域		割合(特養・短期・予防短期)								
七級地	周南市	1014/1000										
その他	周南市以外の地域	1000/1000										
・上記金額に1円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てて計算しているか。	はい・いいえ											
2 所定単位数の算定	・厚生労働大臣が定める施設基準に掲げる区分に従い、入所者(利用者)の要介護度等に応じて、所定単位数を算定しているか。	はい・いいえ	施費別表1の注1、注2 居費別表8の注1 予費別表6の注1									
3 居室の類型に応じた報酬区分	・居室の類型に応じた報酬区分を適用しているか。	はい・いいえ	施留第二の5(2)、2(1) 予留第二の7(1)									
	・居室の類型について、国の基準に合致していることを確認しているか。 (居室類型) <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室	はい・いいえ										
4 従来型個室における	・従来型個室に平成17年9月30日時点で入所しており、10月1日以降も引き続き	はい・いいえ	施費別表1の注17、注18									

<p>多床室単価の算定</p>	<p>入所している場合は、多床室の報酬単価及び居住費負担額を適用しているか。 (※ただし、平成17年9月中に特別な室料の支払いをした者を除く。)</p> <p>・上記の者が10月1日以降、一度退所した後に再入所した場合は、従来型個室の報酬単価及び居住費負担額を適用しているか。 ※ただし、入所者が一時的に入退院した場合で入所契約が継続していれば既入所者として取り扱う。</p> <p>・次のいずれかに該当する場合には、従来型個室に多床室の報酬単価及び居住費負担額を適用しているか。 ① 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つて、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの ② 厚生労働大臣が定める基準(居室面積10.65㎡以下)に適合する従来型個室に入所する者 ③ 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と医師が判断した者</p> <p>・従来型個室の入所者について、経過措置の対象ではないにもかかわらず、多床室の報酬単価及び居住費負担額を適用していないか。 特に、平成17年10月以降の新規入所者について、居室面積が10.65㎡超であるのに、経過措置を適用していないか。</p>	<p>・非該当</p> <p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>居費別表8の注11 予費別表6の注8</p> <p>医師の判断が確認できる記録： <input type="checkbox"/> 判断した医師名 <input type="checkbox"/> 判断した日(居室変更日) <input type="checkbox"/> 個室の利用が必要な理由</p>												
<p>5 夜勤体制による減算</p>	<p>・夜勤時間帯に夜勤を行う看護又は介護職員の員数が、1月のうち連続して2日以上、非連続でも4日以上、下記の基準を下回った月は、翌月に全員について97/100の算定としているか。 ※ 夜勤時間帯とは、午後10時～翌日午前5時を含む連続する16時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定すること * 夜勤時間帯： 午後 ～ 午前</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【夜勤職員配置基準】</p> <p>(1) 従来型部分</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">入所者＋利用者の数</th> <th style="text-align: left;">介護職員又は看護職員の数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25以下</td> <td>… 1以上</td> </tr> <tr> <td>26以上60以下</td> <td>… 2以上</td> </tr> <tr> <td>61以上80以下</td> <td>… 3以上</td> </tr> <tr> <td>81以上100以下</td> <td>… 4以上</td> </tr> <tr> <td>101以上</td> <td>… 利用者数が100を超え25又は端数を増すごとに1を加えた数</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) ユニット型部分 … 2ユニットごとに1人以上</p> </div> <p>・一部のユニット型施設については、ユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数を置いていない場合は、全員について夜勤体制の減算をして</p>	入所者＋利用者の数	介護職員又は看護職員の数	25以下	… 1以上	26以上60以下	… 2以上	61以上80以下	… 3以上	81以上100以下	… 4以上	101以上	… 利用者数が100を超え25又は端数を増すごとに1を加えた数	<p>はい・いいえ ・非該当</p> <p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>施費別表1の注1、注2 居費別表8の注1 予費別表6の注1</p> <p>平12告29 一のロ、五のイ</p>
入所者＋利用者の数	介護職員又は看護職員の数														
25以下	… 1以上														
26以上60以下	… 2以上														
61以上80以下	… 3以上														
81以上100以下	… 4以上														
101以上	… 利用者数が100を超え25又は端数を増すごとに1を加えた数														

	いるか。(※ユニット部分は基準を満たし、ユニット部分以外の部分は基準を満たしていない場合、ユニット部分を含めた全員について減算となる。)		
6 定員超過の場合の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・月平均の入所者数又は短期利用者数が入所定員又は短期利用定員を超えた場合は、翌月から解消月まで、入所者全員又は短期利用者全員について70/100を算定しているか。 	はい・いいえ ・非該当	施費別表1の注1、注2 居費別表8の注1 予費別表6の注1
	定員超過の場合であっても、市町による措置があった場合、病院等に入院中の入所者の再入所が早まった場合等は、入所定員の105%（入所定員が40人超の場合は入所定員+2）、特例利用の場合は入所定員の105%までは減算を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 市町による措置があった場合 <input type="checkbox"/> 病院等に入院中の入所者の再入所が早まった場合 (施設) <input type="checkbox"/> 特例利用の場合 (施設)	はい・いいえ ・非該当	
7 人員基準欠如の場合の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が欠員した場合及び看護・介護職員が、3:1の配置基準の1割の範囲内で欠員した場合は翌々月から、看護・介護職員が、3:1の配置基準の1割を超えて欠員した場合は翌月から、入所者又は利用者全員について、70/100の算定としているか。 	はい・いいえ ・非該当	施費別表1の注1、注2 居費別表8の注1 予費別表6の注1
	<ul style="list-style-type: none"> ・一部ユニット型施設については、施設全体か、ユニット部分以外の部分(ユニット部分)のいずれか一方で、所定の員数(3:1の職員配置)を置いていない場合にユニット部分以外の部分(ユニット部分)について減算しているか。 	はい・いいえ ・非該当	※ ユニット部分とユニット以外の部分の看護・介護職員の配置の勤務実績表での区分 (有・無)
(施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員について、基準に定める員数の1割の範囲内で欠員した場合は翌々月から、1割を超えて欠員した場合は翌月から、入所者全員について、70/100の算定としているか。 	はい・いいえ ・非該当	
8 補足給付関係	<ul style="list-style-type: none"> ・補足給付(特定入所者介護サービス費)の算定にあたって、居住費(滞在費)と食費について、それぞれ別々に計算し、合算した額を請求しているか。 	はい・いいえ	国指針
※ 該当のない場合はチェック不要	<ul style="list-style-type: none"> ・第1段階から第3段階の者について、居住費(滞在費)と食費の負担限度額をそれぞれ超えて自己負担額を徴収していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・補足給付の算定にあたって、基準費用額は、国の定める金額と第4段階の者に対する徴収金額とどちらか低い方で請求しているか。 ※ ユニット型個室の場合、1,970円が居住費(滞在費)の基準費用額となることが標準であるが、第4段階の者に対する居住費(滞在費)の徴収額が仮に1,800円と国の定める額を下回っている場合は、1,800円が基準費用額となる。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・補足給付の算定にあたって、第1～3段階の者からの実際の負担金額が、国の定める負担限度額を下回っていても、国の定める負担限度額との差額を補足給付として請求しているか。 ※ ユニット型個室の場合、居住費(滞在費)の基準費用額が1,970円である場合に、第1段階の者から700円しか費用徴収しない場合、補足給付は、1,150円しか徴収できない。(1,270円の請求はできない。) 	はい・いいえ	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 補足給付は、介護報酬本体又は入院・外泊加算が算定できる日に限って請求しているか。(介護保険請求が出来ない日に請求していないか。) ・ 食費の設定を、一食ごとに分けている場合に、補足給付を適切に算定しているか。 ※ 朝食400円、昼食450円、夕食550円で設定している施設の場合、第3段階の者(負担限度額650円)について、 ① 朝食のみ食した日は、補足給付はなし(400-650<0円。なお、400円は入所者が全額自己負担) ② 昼食と夕食を食した日は、補足給付は 450+550-650=350円 ③ 三食全てを食した日は、400+450+550=1,400円>1,380円なので、補足給付は 1,380-650=730円 	はい・いいえ	入所者: <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 1食ごと 短期利用者: <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 1食ごと
9 身体拘束廃止未実施減算 (施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次の基準を満たさない事実が生じた場合、その事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数の10/100に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。 <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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すること。 ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。 ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 ・ 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すること。 </div> ・ 基準を満たしていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を知事に報告しているか。 	はい・いいえ ・非該当	施費別表1の注4 施留第二の5(5) 身体拘束事例の有無 (有・無) 身体拘束に係る記録の有無 (有・無) 委員会(3月に1回以上)開催の有無 (有・無) 指針の有無 (有・無) 定期的な研修(年2回以上)開催の有無 (有・無) 新規職員への研修の有無 (有・無)
10 日常生活継続支援加算(Ⅰ)(Ⅱ) (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次の基準を満たし、知事に届け出た場合に、1日につき以下の単位数を所定単位数に加算しているか。 Ⅰ(従来型) 36単位 Ⅱ(ユニット型) 46単位 <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【日常生活継続支援加算基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護福祉施設サービス費又は旧措置入所者介護福祉サービス費を算定していること。 ・ 次のいずれかに該当すること。 a 新規入所者のうち、要介護状態区分が要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が70%以上であること。 </div> 	はい・いいえ	施費別表1の注5 施留第二の5(6) ※「新規入所者」 算定日の属する月の前6月間又は前

	<p>b 新規入所者のうち、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(日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者)の占める割合が65%以上であること。</p> <p>c 社会福祉士及び介護福祉士施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の15%以上であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。 ・ 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。 		<p>12月間における新規入所者の総数</p> <p>※「社会福祉士及び介護福祉士施行規則第1条各号に掲げる行為」</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 口腔内の喀痰吸引 ② 鼻腔内の喀痰吸引 ③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤ 経鼻管栄養
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 併設型の短期入所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短期入所それぞれに割り振った上で、本体施設での勤務にかか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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供体制加算を算定している場合に算定していないか。(施設) 	はい・いいえ	
<p>11-1 看護体制加算</p> <p>(Ⅰ)イ・ロ</p> <p>(Ⅱ)イ・ロ</p> <p>(施設)</p> <p>【届出: 有・無】</p> <p>【算定: 有・無】</p>	<p>【看護体制加算(Ⅰ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> イ 入所定員が30人以上50人以下 6単位 (平成30年3月31日までに指定を受けた施設にあっては、31人以上50人以下) ロ (入所定員が51人以上) 4単位 (平成30年3月31日までに指定を受けた施設にあっては、30人又は51人以上) <p>【看護体制加算(Ⅰ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤の看護師を1名以上配置していること。 ・ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 	はい・いいえ	<p>施費別表1の注6</p> <p>施留第二の5(7)</p>
	<p>【看護体制加算(Ⅱ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> イ 入所定員が30人以上50人以下 13単位 (平成30年3月31日までに指定を受けた施設にあっては、31人以上50人以下) ロ 入所定員が51人以上 8単位 (平成30年3月31日までに指定を受けた施設にあっては、30人又は51人以上) <p>【看護体制加算(Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護職員を常勤換算方法で入所者数が25又はその端数を増すごとに1以上、かつ基準省令第2条第1項第3号ロに規定する介護老人福祉施設が置くべき看護職員の数に1を加えた数以上を配置していること。 	はい・いいえ	

	<ul style="list-style-type: none"> ・当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。 ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 								
	<p>【留意事項】</p> <p>加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を同時に算定することは可能。この場合、加算(Ⅰ)において、加算の対象となる常勤の看護師についても、加算(Ⅱ)における看護職員の配置数の計算に含めることができる。</p>								
<p>11-2 看護体制加算</p> <p>(Ⅰ)</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>(Ⅲ) イ・ロ</p> <p>(Ⅳ) イ・ロ</p> <p>(短期)</p> <p>【届出：有・無】</p> <p>【算定：有・無】</p>	<p>【看護体制加算(Ⅰ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所については、1日につき4単位を所定単位数に加算しているか。 <p>【看護体制加算(Ⅰ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の看護師を1名以上配置していること。 ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 	はい・いいえ	居費別表8の注8 施留第二の2(10)						
	<p>【看護体制加算(Ⅱ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所については、1日につき8単位を所定単位数に加算しているか。 <p>【看護体制加算(Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職員を常勤換算方法で利用者数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置していること。 ・当該指定短期入所生活介護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こと。 ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 	はい・いいえ							
	<p>【看護体制加算(Ⅲ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。 <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">Ⅲ</td> <td style="padding-right: 20px;">イ (入所定員が29人以下)</td> <td style="padding-right: 20px;">12単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ロ (入所定員が30人以上50人以下)</td> <td>6単位</td> </tr> </table> <p>【看護体制加算(Ⅲ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること。 	Ⅲ	イ (入所定員が29人以下)	12単位		ロ (入所定員が30人以上50人以下)	6単位	はい・いいえ	
Ⅲ	イ (入所定員が29人以下)	12単位							
	ロ (入所定員が30人以上50人以下)	6単位							
	<p>【看護体制加算(Ⅳ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。 	はい・いいえ							

	<p>IV (ユニット型) イ 入所定員が30人以上50人以下 33単位 (平成30年3月31日までに指定を受けた施設にあつては、31人以上50人以下)</p> <p>ロ 入所定員が51人以上 21単位 (平成30年3月31日までに指定を受けた施設にあつては、30人又は51人以上)</p> <p>【夜勤職員配置加算(Ⅰ・Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第29号)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数(ただし、入所者の動向を検知できる見守り機器を、指定介護福祉サービスの利用者の数の15%以上設置しており、かつ、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、必要な検討が行われている場合には+0.9名分)以上の介護職員又は看護職員を配置していること。 <p>【夜勤職員配置加算(Ⅲ・Ⅳ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 夜勤職員配置加算Ⅰ・Ⅱの基準に該当するものであること。 夜勤時間帯を通じて看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること(かく痰吸引等事業者として県の登録を受けていること。) <p>【見守り機器(介護ロボット)を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「見守り機器」は、入所者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものであること。 「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は3月に1回以上行うこと。 		
<p>12-2 夜勤職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)</p> <p>(短期) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所については、1日につき以下の単位を所定単位数に加算しているか。 <p>Ⅰ (従来型) 13単位 Ⅱ (ユニット型) 18単位 Ⅲ (従来型) 15単位 Ⅳ (ユニット型) 20単位</p>	<p>はい・いいえ</p>	<p>居費別表8の注10 施留第二の2(12)</p>

	<p>【夜勤職員配置加算(Ⅰ・Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第29号)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数(ただし、利用者の動向を検知できる見守り機器を、指定介護福祉サービスの利用者の数の15%以上設置しており、かつ、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、必要な検討が行われている場合には+0.9名分)以上の介護職員又は看護職員を配置していること。 <p>【夜勤職員配置加算(Ⅲ・Ⅳ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 夜勤職員配置加算Ⅰ・Ⅱの基準に該当するものであること。 夜勤時間帯を通じて看護職員又はかく痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること(かく痰吸引等事業者として県の登録を受けていること。) <p>【見守り機器(介護ロボット)を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「見守り機器」は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものであること。 「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は3月に1回以上行うこと。 		
<p>13 準ユニットケア加算 (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 次の基準を満たし、準ユニットケア体制を「対応可」と届け出た場合に、1日につき5単位を所定単位数に加算しているか。 イ 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こと。 ロ 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こと。 ハ 人員配置 <ol style="list-style-type: none"> ① 日中については、準ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ② 夜間及び深夜において、2準ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。 ③ 準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1の注8 施留第二の5(9)</p>

<p>14 生活機能向上連携加算 (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】 (短期・予防短期) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<p>・ 次の基準に適合しているものとして知事に届け出た施設の入所者に対して機能訓練を行った場合は、1月につき200単位を所定単位数に加算しているか。ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位とする。</p> <p>【生活機能向上連携加算 基準】</p> <p>・ 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(診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院。なお、病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下この加算において「理学療法士等」という。)が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>・ 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、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>・ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定短期入所生活介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、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うこと。</p>	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1の注9 施留第二の5(11)【準用第二の2(7)】</p> <p>居費別表8の注5 居留第二の2(7)</p> <p>予費別表6の注5 予留第二の7(6)</p>
<p>・ 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容が記載されているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>		
<p>・ 目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定され、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標となっているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>		
<p>・ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練は、適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握し、日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標(一人で入浴ができるようになりたい等)を設定のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 目標については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定されているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団(個別対応含む)に対して機能訓練指導員が直接行っているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、概ね週一回以上実施することを目安としているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 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、常に事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能か。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 同一日に個別機能訓練加算と機能訓練指導員加算を算定する場合には、個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員と、機能訓練指導員加算に係る常勤専従の機能訓練指導員はそれぞれ別に配置されているか。 	はい・いいえ	
18-1 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (施設) 【算定：有・無】	<ul style="list-style-type: none"> 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を加算しているか。 ※「認知症の行動・心理症状」とは認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。 	はい・いいえ	施費別表1のソ 施留第二の5(33)
	<ul style="list-style-type: none"> 本人又は家族の同意を得ているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにしているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合に算定していないか。 ① 病院又は診療所に入院中の者 ② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 	はい・いいえ	

	<p>③ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者</p>		
	<p>・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。</p>	はい・いいえ	
	<p>・当該入所者が入所前一月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去一月の間に当該加算(他サービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定しているか。</p>	はい・いいえ	
<p>18-2 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (短期・予防短期) 【算定：有・無】</p>	<p>・医師が、認知症の行動・心理状態が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定(介護予防)短期入所生活介護の利用が適当であると判断した者に対し、指定(介護予防)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た7日を限度として、1日につき200単位を加算しているか。</p> <p>※「認知症の行動・心理症状」とは認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。</p> <p>※ 本加算は、7日を限度として算定するが、利用開始後8日目以降の(介護予防)短期入所生活介護の利用の継続を妨げるものではない。</p>	はい・いいえ	<p>居費別表8の注11 施留第二の2(13)</p> <p>予費別表6の注8 予留第二の7(10)</p>
	<p>・本人又は家族の同意を得ているか。</p>	はい・いいえ	
	<p>・医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定しているか。</p>	はい・いいえ	
	<p>・次に掲げる者が、直接、(介護予防)短期入所生活介護の利用を開始した場合に算定していないか。</p> <p>① 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者</p> <p>③ 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者</p>	はい・いいえ	
	<p>・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。</p>	はい・いいえ	
<p>19-1 若年性認知症入所者受入加算 (施設) 【届出：有・無】 【算定：有・無】</p>	<p>・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、1日につき120単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>※ <u>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できない。</u></p> <p>・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、担当者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていること。</p>	はい・いいえ	<p>施費別表1の注11 施留第二の5(10)【準用第二の2(14)】</p>
<p>19-2 若年性認知症利</p>	<p>・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定(介護予防)短期入所生</p>	はい・いいえ	<p>居費別表8の注12</p>

<p>23 長期利用者に対する減算 (短期)</p>	<p>・連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所(指定居宅サービス基準に掲げる設備及び備品を利用した短期入所生活介護以外のサービスによるものを含む。)している利用者に対して、短期入所生活介護を行った場合は、1日につき30単位を減算しているか。</p>	<p>はい・いいえ ・非該当</p>	<p>居費別表8の注18 施留第二の2(19)</p>
<p>24 常勤専従医師配置加算 (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<p>・常勤専従の医師を1人以上配置(入所者の数が100を超える施設にあっては1人以上配置し、かつ、常勤換算方法で入所者の数を100で除した数以上配置)しているものとして県に届け出た施設について、1日につき25単位を加算しているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1の注12 氏名: 勤務記録: (有・無)</p>
<p>25 精神科医師定期的療養指導加算 (施設) 【算定: 有・無】</p>	<p>・認知症(介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第16項に規定する認知症をいう。)の症状を呈する入所者が全入所者の1/3以上を占める施設において、精神科医師による定期的な療養指導が月2回以上行われている場合に、1日につき5単位を加算しているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1の注13 氏名: 勤務記録: (有・無) 療養指導記録: (有・無)</p>
<p>26 障害者生活支援体制加算 (Ⅰ)・(Ⅱ) (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<p>【障害者生活支援体制加算(Ⅰ)】 ・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、1日につき26単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>【障害者生活支援体制加算(Ⅰ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者、知的障害者又は精神障害者(以下「視覚障害者等」という。)である入所者の数が15人以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の30以上となっていること。 ・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別に厚生労働大臣が定める者(以下「障害者生活相談員」という。)であって専らそ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こと。視覚障害者等である入所者の数が50を超える場合は、1人に加え常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を50で除した数以上配置していること。 	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1の注14 施留第二の5(14) 氏名:</p>
	<p>【障害者生活支援体制加算(Ⅱ)】 ・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、1日につき41単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>【障害者生活支援体制加算(Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上となっていること。 	<p>はい・いいえ</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者生活相談員であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを2名以上配置していること。 視覚障害者等である入所者の数が50を超える場合は、専らその職務に従事する常勤の障害者生活支援員を2名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を50で除した数に1を加えた数以上配置していること。 <p>【障害者生活支援員の基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 知的障害：知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者 ・ 精神障害：精神保健福祉士又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第12条各号に掲げる者 		
<p>27 入院・外泊加算 (施設) 【算定：有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者が入院及び外泊した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定しているか。 ※ 入院又は外泊の初日及び最終日については算定不可 	はい・いいえ	<p>施設別表1の注15 施設第二の5(15)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空床を短期入所生活介護に活用した場合に算定していないか。 	はい・いいえ	
<p>28 在宅サービスを利用した時の費用 (施設) 【算定：有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者に対して居宅における外泊を認め、施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定しているか。 ※ 外泊の初日及び最終日については算定不可 	はい・いいえ	<p>施設別表1の注16 施設第二の5(16)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院・外泊加算を算定していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空床を短期入所生活介護に活用した場合に算定していないか。 <p>【外泊時在宅サービス利用の費用の基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等によりその居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討していること。 ・ 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するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成していること。 ・ 入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施していること。 ・ 外泊時サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービス計画を提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。 	はい・いいえ	

29 初期加算 (施設) 【算定: 有・無】	・ 入所日から30日以内の期間について、1日につき30単位を加算しているか。 ※ 30日間中でも、外泊を行った日は算定不可	はい・いいえ	施費別表1のハ 施留第二の5(17)
	・ 入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は、過去1月間とする。)の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定しているか。(ただし、30日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合は算定可)	はい・いいえ	
	・ 当該施設の併設又は空床利用の短期入所生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合は、入所直前の短期入所生活介護の利用日数を、30日から除して得た日数に限り算定しているか。	はい・いいえ	
30 再入所時栄養連携 加算 (施設) 【算定: 有・無】	・ 指定介護老人福祉施設に入所(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時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当該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、入所者1人につき1回を限度として400単位を算定しているか。	はい・いいえ	施費別表1のニ 施留第二の5(18)
	・ 栄養マネジメント加算を算定していない場合に算定していないか。	はい・いいえ	
	・ 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	はい・いいえ	
	・ 当該指定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。	はい・いいえ	
	・ 当該栄養計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定しているか。	はい・いいえ	
31 退所時等相談援助 加算 (施設) ア 退所前訪問相談 援助加算 【算定: 有・無】	・ 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が入所者が退所後生活する居宅を訪問し、退所後の居宅サービス等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相談援助の必要があると認められる入所者については、2回)を限度として460単位を算定しているか。	はい・いいえ	施費別表1のホ 施留第二の5(19)① <input type="checkbox"/> 相談援助日、相談援助の内容の要点に関する記録
	・ 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等(医療機関及び介護保険施設を除く。以下同じ。)に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも同様に算定しているか。	はい・いいえ	
	・ 当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っているか。 ① 退所前訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。 ② 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載を行うこと。	はい・いいえ	

<p>イ 退所後訪問相談 援助加算 【算定：有・無】</p>	<p>・入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、相談援助を行った場合には、退所後1回を限度として460単位を算定しているか。</p> <p>・入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも同様に算定しているか。</p> <p>・当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っているか。 ① 退所後訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。 ② 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載を行うこと。</p>	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>施留第二の5(19)①</p> <p><input type="checkbox"/> 相談援助日、相談援助の内容の要点に関する記録</p>
<p>ウ 退所時相談援助 加算 【算定：有・無】</p>	<p>・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、入所者の退所時に、退所後の居宅サービス等について相談援助を行い、かつ、入所者の同意を得て、退所の日から2週間以内に市町(※)及び老人介護支援センターに対して、入所者の介護状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供した場合に、入所者1人につき1回を限度として400単位を算定しているか。</p> <p>※ 市町・・・当該入所者の退所後の居宅地を管轄する市町</p> <p>・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同様に算定しているか。</p> <p>・当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っているか。 ① 退所時相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。 ② 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載を行うこと。</p>	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>施留第二の5(19)②</p> <p><input type="checkbox"/> 市町等へ情報提供した入所者の介護状況を示す文書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 社会福祉施設等へ情報提供した入所者の介護状況を示す文書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 相談援助日、相談援助の内容の要点に関する記録</p>
<p>エ 退所前連携加算 【算定：有・無】</p>	<p>・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等に必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として500単位を算定しているか。</p> <p>・退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の要点に関する記録を行っているか。</p>	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>施留第二の5(19)③</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者へ情報提供した入所者の介護状況を示す文書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 連携日、連携の要点に関する記録</p>
<p>共通</p>	<p>・次の場合に、当該加算を算定していないか。 ① 退所して病院又は診療所へ入院する場合 ② 退所して他の介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)へ入所又は入院する場合 ③ 死亡退所の場合</p>	<p>はい・いいえ</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ・当該援助及び連携は、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っているか。 	はい・いいえ	
<p>32 栄養マネジメント加算 (施設) 【届出：有・無】 【算定：有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして知事に届け出た介護老人福祉施設における管理栄養士が、継続的に入所者ごとの栄養管理をした場合は、1日につき14単位を所定単位数に加算しているか。 <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【別に厚生労働大臣が定める基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。 ・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していること。 ・入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること。 ・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していること。 ・利用定員・人員基準に適合していること。 </div> <ul style="list-style-type: none"> ※ 調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されている場合は、当該加算は算定できない。 ※ 常勤の管理栄養士が同一敷地内の複数の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人福祉施設の栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定可。 ※ ただし施設が同一敷地内に1の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適切な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定可。 ※ 本体施設の管理栄養士がサテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該サテライト施設(1施設に限る)においても算定可。 <ul style="list-style-type: none"> ・栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施しているか。 ・入所者ごとの低栄養状態のリスクを施設入所時に把握しているか。(栄養スクリーニング) ・栄養スクリーニングを踏まえ、入所者ごとの解決すべき課題を把握しているか。(栄養アセスメント) 	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1のへ 施留第二の5(21)</p> <p>管理栄養士氏名:</p> <p>栄養ケア計画の作成 作成職種: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>計画内容 <input type="checkbox"/> 栄養補給に関する事項 <input type="checkbox"/> 栄養補給量 <input type="checkbox"/> 補給方法等 <input type="checkbox"/> 栄養食事相談に関する事項 <input type="checkbox"/> 食事に関する内容の説明等 <input type="checkbox"/> 関連職種が共同して取り組むべき事項等</p> <p>説明及び同意の状況 <input type="checkbox"/> 書面にサイン又は押印させている <input type="checkbox"/> 口頭による説明及び同意 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養ケア計画に基づき、入所者ごとに栄養ケア・マネジメントを実施するとともに、計画に実施上の問題があれば直ちに当該計画を修正しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者ごとの栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行っているか。 ※ 入所者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じてモニタリング間隔を設定し、栄養ケア計画に記載すること <ul style="list-style-type: none"> ・高リスク者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者 … 概ね2週間毎 ・低リスク者 … 概ね3月毎 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも月1回毎に体重を測定し、BMIや体重減少率等から入所者の栄養状態を把握しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね3月ごとに、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画を見直ししているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養マネジメント加算は、栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意が得られた日から算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・入院又は外泊期間中に算定していないか。 	はい・いいえ	
33 低栄養リスク改善加算 (施設) 【算定：有・無】	<ul style="list-style-type: none"> ・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が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行い、入所者ごとに低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成した場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士(歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、医師の指導を受けている場合に限る。)が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から6月以内の期間に限り、1月につき300単位を算定 	はい・いいえ	施費別表1のト 施留第二の5(22)
	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養マネジメント加算を算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・経口移行加算又は経口維持加算を算定していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・6月を超えた期間について低栄養リスク改善加算を算定する場合は、低栄養状態の改善等が可能な入所者であつて、医師の指示に基づき継続して栄養管理が必要とされるものに対して算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回以上、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会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・当該計画について、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施しているか。 	はい・いいえ	

	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合に当該加算を算定していないか。 	はい・いいえ	
34 経口移行加算 (施設) 【算定: 有・無】	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、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に、1日につき28単位を加算しているか。 	はい・いいえ	施費別表1のチ 施留第二の5(23)
	<ul style="list-style-type: none"> 経口移行計画は栄養ケア計画と一体のものとして作成しているか。 	はい・いいえ	経口移行計画の作成 (有・無)
	<ul style="list-style-type: none"> 経口移行計画を作成し、それに対する入所者又はその家族の同意が得られた日から起算して180日以内の期間に限り、当該入所者ごとに算定しているか。 	はい・いいえ	作成職種: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<ul style="list-style-type: none"> 180日以内でも、経口からの食事の摂取が可能となり経管による栄養の摂取を終了した日又は経口移行がこれ以上進まないとして医師が判断した日を過ぎて算定していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 180日を超えた期間について経口移行加算を算定する場合は、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、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の医師の指示に基づき実施しているか。また、医師の指示は、概ね2週間ごとに行われているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じることから、次の点を確認した上で実施しているか。 ① 全身状態が安定していること (血圧、呼吸、体温、現疾患の病態の安定) ② 刺激しなくても覚醒を保てられること ③ 嚥下反射が見られること (唾液嚥下、口腔・咽頭への刺激による喉頭挙上) ④ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 経口移行加算を180日算定したが、経口摂取に移行できなかった者について、期間を空けて再度経口移行加算の算定を行っていないか。(入所者一人につき、一入所一度のみしか算定できない。) 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 利用定員・人員基準に適合しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 経口維持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に算定していないか。 	はい・いいえ	

35 経口維持加算(Ⅰ) (施設) 【算定: 有・無】	<p>【経口維持加算(Ⅰ)】・・・1月につき400単位</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に算定しているか。 ※ 歯科医師が指示を行う場合は、当該指示を受ける管理栄養士等が主治の医師の指導を受けている場合に限る。 	はい・いいえ	<p>施費別表1のり 施留第二の5(24)</p> <p>経口維持計画の作成 (有・無) 作成職種: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>会議の参加職種: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等は月1回以上行っているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・「特別な管理」の内容が、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮をしたものとなっているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・管理体制(食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制)が適切に整備されているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・経口維持計画を作成し、入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限り算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・6月以内でも、摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日を過ぎて算定していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・6月を超えた期間について経口維持加算を算定する場合は、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要との医師又は歯科医師の指示がなされ、当該特別な管理を継続することについて入所者の同意を得て実施しているか。 ※ 継続に関する医師又は歯科医師の指示は、概ね1月ごとに受けること。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用定員・人員基準に適合しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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に算定していないか。 	はい・いいえ	
経口維持加算(Ⅱ) (施設) 【算定: 有・無】	<p>【経口維持加算(Ⅱ)】・・・1月につき100単位</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師(人員基準に規定する医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わった場合に、経口維持加算(Ⅰ)に加えて算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合に、算定していないか。 	はい・いいえ	

<p>36 口腔衛生管理体制加算 (施設) 【算定: 有・無】</p>	<p>・ 基準に適合する指定介護老人福祉施設において、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、1月につき30単位を加算しているか。</p> <p>※「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは 当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。</p>	はい・いいえ	<p>施費別表1の又 施留第二の5(25)【準用第二の4(11)】</p>
	<p>・ 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、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されているか。 【口腔ケア・マネジメントに係る計画に記載すべき内容】 イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題 ロ 当該施設における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ 当該施設と歯科医療機関との連携状況 ヘ 歯科医師から指示内容の要点(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。) ト その他必要と思われる事項</p>	はい・いいえ	
	<p>・ 医療保険で歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導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は算定可能であるが、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入所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>	はい・いいえ	
	<p>・ 利用定員・人員基準に適合しているか。</p>	はい・いいえ	
<p>37 口腔衛生管理加算 (施設) 【算定: 有・無】</p>	<p>・ 基準に適合する指定介護老人福祉施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生管理体制加算を算定している施設の入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合には、1月につき90単位を加算しているか。</p>	はい・いいえ	<p>施費別表1のル 施留第二の5(26)</p>
	<p>・ 歯科衛生士が入所者に係る口腔ケアについて、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。</p>	はい・いいえ	
	<p>・ 歯科衛生士が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。</p>	はい・いいえ	

	<ul style="list-style-type: none"> 当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上でやっているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 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ケア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、当該歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）を作成し、当該施設に提出しているか。 なお、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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 本加算は医療保険で歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月において、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合に口腔衛生管理加算の算定していないか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 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の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 利用定員・人員基準に適合しているか。 	はい・いいえ	
38 療養食加算	<ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として以下の単位を加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設・・・6単位 (介護予防)短期入所生活介護・・・8単位 	はい・いいえ	施費別表1のヲ 施留第二の5(27)【準用第二の2(15)】
(施設) 【届出：有・無】 【算定：有・無】	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	はい・いいえ	居費別表8のハ 施留第二の2(15)
(短期・予防短期) 【届出：有・無】 【算定：有・無】	<ul style="list-style-type: none"> 入所者等の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事が提供されているか。 疾病治療の直接手段として、主治の医師が発行した食事せんに基づき提供される治療食及び特別な場合の検査食を対象にしているか。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食(流動食は除く。) <input type="checkbox"/> 貧血食(※1) <input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食(※2) <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食(潜血食等) <input type="checkbox"/> 心臓疾患等の減塩食(※3) 	はい・いいえ	予費別表6のハ 予留第二の7の(12)

	<p>(※1) 対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること</p> <p>(※2) 対象となる入所者等は、空腹時定常状態において次のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ LDL-コレステロール値が140mg/dl以上である者 ・ HDL-コレステロール値が40mg/dl未満である者 ・ 血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者 <p>(※3) 心臓疾患等の減塩食は、総量6.0g未満の減塩食をいう (高血圧症に対する減塩食は算定不可)</p>		
	・ 利用毎に食事せんが発行されているか。(短期・予防短期)	はい・いいえ	
	・ 療養食加算の食事せんの交付費用を徴収していないか。 ※介護報酬に包含	はい・いいえ	
	・ 食事せんには、次の内容が記載されているか。 ① 発行医師名 ② 対象となる疾病の名称 ③ 具体的な指示の内容 ④ 指示開始年月日	はい・いいえ	
	・ 療養食の献立表が作成されているか。(療養食の献立表として通常の献立とは区分して作成・保存しているか。)	はい・いいえ	
	・ 定員利用・人員基準に適合しているか。	はい・いいえ	
39	<p>配置医師緊急時対応加算</p> <p>(施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p> <p>・ 次の基準に適合するものとして、知事に届け出た介護老人福祉施設において、施設の配置医師が施設の求めに応じ、施設を訪問して入所者に対して診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に以下の単位を加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 早朝(午前6時から午前8時までの時間)(1回につき)650単位 ・ 夜間(午後6時から午後10時までの時間)(1回につき)650単位 ・ 深夜(午後10時から午前6時までの時間)(1回につき)1,300単位 <p>・ 看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合に、算定していないか。</p> <p>・ 入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定しているか。(定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できないが、医師が死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りではない。)</p>	はい・いいえ	<p>施設別表1のワ</p> <p>施設留第二の5(28)</p>
	・ 看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合に、算定していないか。	はい・いいえ	
	・ 入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定しているか。(定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できないが、医師が死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りではない。)	はい・いいえ	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診察を行った時に算定しているか。 ・ 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。 ・ 診療の開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に算定しているか。(診療時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める割合がごくわずかな場合においては算定できない。) ・ 算定に当たっては、配置医師と施設との間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、24時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えているか。 	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>【配置医師との取り決めの内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 緊急時の注意事項 <input type="checkbox"/> 病状等についての情報共有の方法 <input type="checkbox"/> 曜日や時間帯ごとの医師との連携方法 <input type="checkbox"/> 診察を依頼するタイミング
<p>40 看取り介護加算 (Ⅰ)・(Ⅱ) (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<p>【看取り介護加算Ⅰ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の施設基準に適合するものとして、知事に届け出た介護老人福祉施設において、次の基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合には以下の単位を所定単位数に加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき)144単位 ・ 死亡日の前日及び前々日 (1日につき)680単位 ・ 死亡日 1280単位 <p>【看取り介護加算Ⅱ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の施設基準に適合するものとして、知事に届け出た介護老人福祉施設において、次の基準に適合する入所者について看取り介護を行い、当該施設内で死亡した場合には以下の単位を所定単位数に加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき)144単位 ・ 死亡日の前日及び前々日 (1日につき)780単位 ・ 死亡日 (1日につき)1580単位 <p>【厚生労働大臣が定める施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤の看護師を1名以上配置して、当該介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 ・ 看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていること。 ・ 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による協議の上、当該介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 ・ 看取りに関する職員研修を行っていること。 ・ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。 	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>施設別表1の介護 施設第二の5(29)</p>

<p>【厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者。 ・ 医師、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、同意している者。（その家族等が説明を受け、同意している者を含む。） ・ 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。） 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設は、入所者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のPDCAサイクルにより、看取り介護を実施する体制を構築し、強化するために次のような取組を行っているか。 <p>① Plan・・・ 看取りに関する指針を定めることで施設の看取りに対する方針等を明らかにする。</p> <p>② Do・・・ 看取り介護の実施に当たっては、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う。</p> <p>③ Check・・・ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う。</p> <p>④ Action・・・ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う。</p>	<p>はい・いいえ</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り介護の実施に当たっては、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>① 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</p> <p>② 療養や死別に関する入所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</p> <p>③ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した入所者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録</p>	<p>はい・いいえ</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日以前30日の範囲内であっても、退所や入院・外泊加算算定により、本体報酬が算定されない日について算定していないか。 	<p>はい・いいえ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書で同意を得ているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・多床室を有する施設については、看取りを行う際には個室又は静養室を利用することによりプライバシー及び家族への配慮の確保が可能となるようにしているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り介護加算Ⅱについては、入所者の死亡場所が当該施設内であった場合に限り算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り介護加算Ⅱの算定に当たっては、配置医師と施設との間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、24時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えているか。 	はい・いいえ	
41 在宅復帰支援機能加算 (施設) 【算定：有・無】	<ul style="list-style-type: none"> ・下記の基準に適合する施設であるか。 <ul style="list-style-type: none"> ① 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者(在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く。)の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者(入所期間が1月間を超えていた者に限る。)の占める割合が2割を超えていること。 ② 退所者の退所した日から30日以内に居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 	はい・いいえ	施費別表1のヨ 施留第二の5(30)
	<ul style="list-style-type: none"> ・上記施設であって、次の基準のいずれにも適合している場合に、1日につき10単位を加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。 ロ 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こと。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	はい・いいえ	
42 在宅・入所相互利用加算 (施設) 【算定：有・無】	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間(入所期間が3月を超えるとときは、3月を限度)を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者に対して次の基準に適合する施設サービスを行う場合に、1日につき40単位を加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> ① 施設と在宅の介護支援専門員の間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上、在宅で生活継続を支援する観点から、「介護に関する目標及び方針」を定めていること。 ② 利用開始にあたって、①で定めた目標及び方針の内容(在宅期間と入所期間等)を入所者又はその家族等に説明し、文書による同意を得ていること。 	はい・いいえ	施費別表1のタ 施留第二の5(31) 支援チームの構成 施設： <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員等 在宅： <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者等

	<p>③ 施設と在宅の介護支援専門員等による支援チームを作り、必要に応じ随時（施設入所前及び在宅復帰前には必須とし、概ね1月に1回）カンファレンスを開き、記録すること。</p>		
<p>43 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)(Ⅱ) (施設) 【届出：有・無】 【算定：有・無】 (短期・予防短期) 【届出：有・無】 【算定：有・無】</p>	<p>【認知症専門ケア加算(Ⅰ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、別に厚生労働大臣が定める者に対し、専門的な認知症ケアを行った場合には、1日につき3単位を加算しているか。 <p>【認知症専門ケア加算(Ⅰ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該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以上であること。 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こと。 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導にかかる会議を定期的開催していること。 <p>【別に厚生労働大臣が定める者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入居者を指す。) 	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1のレ 施留第二の5(32)</p> <p>居費別表8のホ 施留第二の2(18)</p> <p>予費別表6のニ 予留第二の7(13)</p>
	<p>【認知症専門ケア加算(Ⅱ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、別に厚生労働大臣が定める者に対し、専門的な認知症ケアを行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき4単位を加算しているか。 <p>【認知症専門ケア加算(Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合していること。 認知症介護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こと。 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こと。 	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> 認知症専門ケア加算(Ⅰ)・(Ⅱ)のいずれかを算定している場合には、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)を算定していないか。 	<p>はい・いいえ</p>	

<p>44 褥瘡マネジメント加算 (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次の基準に適合しているものとして知事に届け出た介護老人福祉施設が継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合には、3月に1回を限度として10単位を加算しているか。 	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1のツ 施留第二の5(34)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者全員を対象として入所者ごとに下記の要件を満たす場合には、事業所の入所者全員に対して算定しているか。 <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【褥瘡マネジメント加算基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告していること。 ・ 上記評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、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こと。 ・ 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こと。 ・ 上記評価に基づき、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こと。 </div>	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設入所時の評価は上記要件に適合しているものとして知事に届け出た日に既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、届出の日の属する月に評価しているか。 	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価結果の厚生労働省への報告は、当該評価結果を介護給付費請求書等の記載要領に従って、褥瘡マネジメント加算の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することによって行っているか。 	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 報告する評価結果は、施設入所時については施設入所後最初(既入所者については届出の日に最も近い日)に評価した結果、それ以外の場合については、当該加算を算定する月に評価した結果のうち最も末日に近いものとしているか。 	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に関し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し作成しているか。(なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービスの計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えるものができる。) 	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際に、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ているか。 	<p>はい・いいえ</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに行っているか。 	<p>はい・いいえ</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、見込みの内容、要因分析及び支援計画の内容を説明し、入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行っているか。また、支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行っているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつの状態の評価を記録し、見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明しているか。 	はい・いいえ	
<p>46 医療連携強化加算 (短期) 【算定：有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 以下の基準に適合しているものとして知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所において、別に厚生労働大臣に定める状態にあるものに対して指定短期入所生活介護を行った場合は、1日につき58単位を加算しているか。 <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【厚生労働大臣が定める状態】</p> <p>次のいずれかに該当する状態。</p> <ul style="list-style-type: none"> 喀痰吸引を実施している状態 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 中心静脈注射を実施している状態 人工腎臓を実施している状態 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 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 褥瘡に対する治療を実施している状態 気管切開が行われている状態 </div>	はい・いいえ	居費別表8の注9 施留第二の2(11)
	<ul style="list-style-type: none"> 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>※ 看護職員による定期的な巡視とは、おおむね1日に3回以上の頻度で当該利用者のもとを訪れてバイタルサインや状態変化の有無を確認するもの。</p>	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 急変時の医療提供の方法について、利用者から合意を得ているか。また、当該同意については文書で記録しているか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅中重度者受入加算を算定している場合に、算定していないか。 	はい・いいえ	

<p>47 在宅中重度者受入加算 (短期) 【算定: 有・無】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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利用者の健康上の管理等行わせた場合に、1日につき次に掲げる区分に応じて、それぞれ所定単位数を加算しているか。 <ul style="list-style-type: none"> イ 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定している場合(看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定していない場合に限る)・・・421単位 ロ 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定している場合(看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していない場合に限る)・・・417単位 ハ 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)をいずれもを算定している場合・・・413単位 ニ 看護体制加算を算定しない場合・・・425単位 健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所の配置医師が行っているか。 あらかじめ居宅サービス計画に位置づけているか。 ※ 初めて行う場合には、サービス担当者会議の開催等によりサービス内容や連携体制等についてよく打ち合わせを行った上で実施することが望ましい。 当該利用者に関する必要な情報を主治医、訪問看護事業所、サービス担当者会議、居宅介護支援事業所等を通じてあらかじめ入手し適切なサービスを行うよう努めているか。 当該短期入所生活介護事業所は、在宅中重度者受入加算に係る業務について訪問看護事業所と委託契約を締結し、利用者の健康上の管理等に必要な費用を訪問看護事業所に支払っているか。 健康上の管理等の実施上必要となる衛生材料、医薬品等の費用は短期入所生活介護事業所が負担しているか。なお、医薬品等が医療保険の算定対象となる場合は、適正な診療報酬を請求すること。 (「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)参照) 	<p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>居費別表8のニ 施留第二の2(16)</p>
<p>48 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) (施設) 【届出: 有・無】 【算定: 有・無】</p>	<p>【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、入所者又は利用者に対してサービスを行った場合には、1日につき18単位を所定単位数に加算しているか。 <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該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以上であること。 利用定員、人員基準に適合していること。 	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1のナ 施留第二の5(36) 【準用第二の2(20)①②③④⑥】</p> <p>居費別表8のへ 施留第二の2(20)</p>

<p>(短期・予防短期) 【届出：有・無】 【算定：有・無】</p>	<p>【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、入所者又は利用者に対してサービスを行った場合には、1日につき12単位を所定単位数に加算しているか。 <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該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。 利用定員、人員基準に適合していること。 	はい・いいえ	<p>予費別表6のホ 予留第二の7(14) 【準用第二の2(7)④⑤⑥】</p>
	<p>【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、入所者又は利用者に対してサービスを行った場合には、1日につき6単位を所定単位数に加算しているか。 <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該施設の看護・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。 利用定員、人員基準に適合していること。 	はい・いいえ	
	<p>【サービス提供体制強化加算(Ⅲ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の基準に適合しているものとして知事に届け出し、入所者又は利用者に対してサービスを行った場合には、1日につき6単位を所定単位数に加算しているか。 <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅲ)基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該施設のサービスを入所者又は利用者へ直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 利用定員、人員基準に適合していること。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活継続支援加算を算定している場合に算定していないか。(施設) 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかを算定している場合には、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)を算定していないか。 <p>【参考】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算法により算出した前年度(3月を除く)の平均値を用いる。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算法により算出した平均値を用いる。 ② 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。 ③ ①ただし書きの場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならないが、その割合については毎月記録しておく。 	はい・いいえ	

	<p>④ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数とする。</p> <p>⑤ 勤続年数の算定に当たって当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。</p> <p>⑥ 当該施設のサービスを入所者又は利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員をいう。</p>		
<p>49 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)</p> <p>【届出：有・無】</p> <p>【算定：有・無】</p>	<p>・ 次の基準に適合しているものとして知事に届け出た事業所が利用者に対して、サービス提供を行った場合に、下記の区分に応じて加算しているか。</p> <p>イ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数(基本サービス費+加算・減算)の83/1000に相当する単位数</p> <p>ロ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数(基本サービス費+加算・減算)の60/1000に相当する単位数</p> <p>ハ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数(基本サービス費+加算・減算)の33/1000に相当する単位数</p> <p>ニ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) ハにより算定した単位数の90/100に相当する単位数</p> <p>ホ 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) ハにより算定した単位数の80/100に相当する単位数</p> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げるいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>(2) 当該指定施設において、(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、県知事に届け出ていること。</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。</p> <p>(4) 当該指定施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を県知事に報告すること。</p> <p>(5) 算定日が属する月の前十二月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。</p> <p>(6) 当該指定施設において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p>	<p>はい・いいえ</p>	<p>施費別表1のラ 施留第二の5(37)【準用第二の2(19)】</p> <p>居費別表8のト 施留第二の2(21)</p> <p>予費別表6のへ 予留第二の7(15)</p>

- (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。
 - (二) (一)の要件について書面を持って作成し、全ての介護職員に周知していること。
 - (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。
 - (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていること。
 - (六) (五)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- (8) 平成27年4月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知していること。

ロ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

イ(1)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ハ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) イ(1)から(6)までに掲げる基準に適合すること。
 - (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - (一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。
 - a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。
 - b aの要件について書面を持って作成し、全ての介護職員に周知していること。
 - (二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。
 - a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - b aについて、全ての介護職員に周知していること。
 - (3) 平成20年10月からイ(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知していること。

	<p>ニ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、ハ(2)又は(3)に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>ホ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)のいずれかを算定している場合に、その他の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)を算定していないか。 	はい・いいえ	
50 関係施設間相互の入退所	<ul style="list-style-type: none"> 同一敷地内における短期入所生活介護事業所、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)の間で、又は隣接若しくは近接し相互に職員の兼務や施設の共用が行われている介護保険施設等の間で入退所がある場合、退所日は算定していないか。(入所日のみ算定可) 同一敷地内にある病院若しくは診療所の医療保険適用病床又は隣接若しくは近接し相互に職員の兼務や施設の共用がある病院若しくは診療所の医療保険適用病床との間の入退所の場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む)は、入退所日ともに算定していないか。 	はい・いいえ ・非該当	施留第二の1(2)