

自己点検シート (ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

複数の職員で検討のうえ点検した結果を記載して下さい。(点検結果については、実施後5年間の保管をお願いします。)

基準：総社市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例

施設基準：厚生労働大臣が定める施設基準

利用者等告示：厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等	
			適	不適	該当なし		
I 基本方針							
基本方針	(1)	ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援していますか。	基準第179条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・運営規程
	(2)	ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	基準第179条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II 人員に関する基準							
医師		入居者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置していますか。※本体施設の医師により当該サテライト型居住施設の入居者の健康管理が適切に行われる場合は、置かないことができる。	基準第151条第1項、第4項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者数等のわかる書類 ・職員勤務表 ・常勤、非常勤職員の員数がわかる職員名簿
生活相談員	(1)	1以上配置していますか。	基準第151条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務表
	(2)	常勤の者となっていますか。 ※ただし、サテライト型居住施設の場合は、常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば非常勤の者であっても差し支えない。	基準第151条第5項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・常勤、非常勤職員の員数がわかる職員名簿
	(3)	社会福祉法第19条各号のいずれかに該当する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者ですか。 一 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学等で厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者（3科目主事） 二 厚生労働大臣指定の養成機関又は講習会の課程を修了した者 三 社会福祉士 四 厚生労働大臣指定の社会福祉事業従事者試験に合格した者 五 精神保健福祉士 六 学校教育法に基づく大学において、法第19条第1項第1号に規定する厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて、学校教育法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者 七 介護支援専門員 八 介護福祉士		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・資格証
介護職員又は看護職員	(1)	その総数は常勤換算方法で、入居者（※）の数が3又はその端数を増すごとに1人以上配置していますか。 ※入居者の数は前年度の平均値、新規指定は推定数による。	基準第151条第1項、第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者数等のわかる書類 ・職員勤務表 ・常勤、非常勤職員の員数がわかる職員名簿
	(2)	看護職員の員数は1以上となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	介護職員又は看護職員は、それぞれ1人以上は常勤の者を配置していますか。 ※サテライト型居住施設での看護職員は常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば非常勤の者であっても差し支えない。	基準第151条第6項、第7項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
栄養士又は管理栄養士	1人以上配置していますか。 ※ただし、サテライト型居住施設の場合、本体施設が「(地域密着型)介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」又は「病院(病床数100以上)」であって、入居者の処遇に支障がないときは、栄養士又は管理栄養士を置かなくても差し支えない。	基準 第151条第1項、第8項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務表
機能訓練指導員	(1) 1人以上配置していますか。 ※ただし、サテライト型居住施設の場合、入居者の処遇に支障がないときは、本体施設が「(地域密着型)介護老人福祉施設」は、機能訓練指導員を、本体施設が「介護老人保健施設」は、理学療法士・作業療法士を、置かなくても差し支えない。	基準 第151条第1項、第8項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務表 ・入居者数がわかる書類
	(2) 日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると認められる者を配置していますか。 この「訓練を行う能力を有すると認められる者」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者であるか。 ※ただし、入居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指導については、当該施設の生活相談員又は介護職員が兼務して行っても差し支えない。	基準 第151条第9項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護支援専門員	(1) 1人以上配置していますか。 ※ただし、サテライト型居住施設の場合、本体施設が「(地域密着型)介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」又は「病院(指定介護療養型医療施設に限る。)」であって、入居者の処遇に支障がないときは、介護支援専門員を置かなくても差し支えない。 ※また、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」が併設される場合、利用者の処遇に支障がないときは、介護支援専門員を置かなくても差し支えない。	基準 第151条第1項、第8項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務表 ・入居者数がわかる書類 ・常勤、非常勤職員の員数がわかる職員名簿
	(2) 専らその職務に従事する常勤の者が配置されていますか。 ただし、入居者の処遇に支障がない場合は、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の他の職務に従事することができる。 この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る常勤換算にも、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができるものとする。	基準 第151条第11項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務を行っていませんか。 ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ⅲ 設備に関する基準

居室	(1) ユニットケアを行うためには、入居者の自律的な生活を保障する居室(使い慣れた家具等を持ち込むことができる個室)と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共同生活室(居宅での居間に相当する部屋)が不可欠であることから、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、こうした居室と共同生活室によって一体的に構成される場所(ユニット)を単位とし、運営していますか。 入居者が、自室のあるユニットを超えて広がりのある日常生活を楽しむことができるよう、他のユニットの入居者と交流したり、多数の入居者が集まったりすることができる場所を設けることが望ましい。	基準 第180条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) ユニットの居室の定員は1人としていますか。 ただし、入居者への指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。(夫婦で居室を利用する場合等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) ユニットの居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。 「当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に」設けられた居室とは、①当該共同生活室に隣接、②当該共同生活室に隣接していないが①の居室に隣接、③その他当該共同生活室に近接して一体的に設けられている居室(他の共同生活室の①及び②に該当する居室を除く。)の3つをいう。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(4) 1のユニットの入居定員は、概ね10人以下としていますか。 ただし、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員が15人までのユニットも認める。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 1の居室の床面積等は、次のいずれも満たしていますか。 ユニット型個室 ・10.65平方メートル以上を標準としていますか。(居室内の洗面設備は含み便所は除く。)(2人定員の場合は21.3平方メートル以上を標準としていますか。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
共同生活室	(1) 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 1の共同生活室の床面積は、2平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 必要な設備・備品を備えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗面設備	(1) 居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 要介護者が使用するのに適したものですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
便所	(1) 居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) プ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すか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
浴室	要介護者が入浴するのに適したものとなっていますか。 ※居室のある階ごとに設けることが望ましい。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医務室	(1) 医療法第1条の5第2項に規定する診療所となっていますか。 ※本施設が介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設であるサテライト型居住施設の場合は、医務室は必要ない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 入居者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えていますか。また、必要に応じて臨床検査設備を設けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
廊下幅	1.5m以上(ただし、中廊下の幅は1.8m以上)となっていますか。 なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合にはこれによらないことができる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
消火設備等	消火設備その他非常災害に際して必要な設備を設けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	浴室、医務室、廊下、消火設備等については、専ら当該施設の用に供するものとなっていますか。 ただし、入居者に対するサービスの提供に支障がない場合はこの限りではない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IV 運営に関する基準						
内容及び手続きの説明及び同意	サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項に関する規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	基準 第189条により準用する基準第9条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・運営規程 ・重要事項説明書 ・利用申込書
提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んではいませんか。 特に要介護度や所得の多寡を理由に、サービスの提供を拒否することを禁止するものである。 ※提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、入院治療の必要がある場合その他入居者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合である。 ①当該事業所の現員から利用申込に応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が、当該事業所の運営の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合。	基準 第189条により準用する基準条例第10条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・利用申込書 ・申込受付簿

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
サービス提供困難時の対応	入居申込者が入院治療を必要とする場合その他入居申込者に対し自ら適切な便宜を提供することが困難である場合は、適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。	基準第189条により準用する基準第153条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
受給資格等の確認	(1) サービス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の確認を行っていますか。	基準第189条により準用する基準第12条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・地域密着型施設サービス計画書 ・入居者に関する記録
	(2) 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、サービスを提供するように努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
要介護認定の申請に係る援助	(1) 入居の際に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ていますか。申請が行われていない場合は、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ますか。	基準第189条により準用する基準第13条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録
	(2) 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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入退所	(1) 身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者に対し、サービスを提供していますか。	基準第189条により準用する基準第154条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する書類 ・入所選考基準等の指針 ・居宅介護支援事業者への照会文書等 ・指導、情報提供の記録
	(2) 利用申込者の数が、利用定員から入居者の数を差し引いた数を超過している場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、サービスを受ける必要性が高いと認められる利用申込者を優先的に入居させるよう努めていますか。 なお、こうした優先的な入居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すべきものである。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 利用申込者の入居に際しては、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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 入居者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討を行っていますか。 その検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 入居者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入居者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) (5)は(4)の検討の結果、居宅での生活が可能と判断される入居者に対し、退所に際しての本人又は家族等に対する家庭での介護方法等に関する適切な指導、居宅介護支援事業者等に対する情報提供等の必要な援助をすることを規定したものであり、安易に施設側の理由により退居を促すことのないよう留意していますか。 また、退居が可能になった入居者の退居を円滑に行うために、介護支援専門員及び生活相談員が中心となって、退居後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市と十分連携を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 入居者の退居に際しては、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービスの提供の記録	(1) 入居に際しては入居の年月日並びに入居している介護保険施設の種別及び名称を、退居に際しては退居の年月日を、当該者の被保険者証に記載していますか。	基準第189条により準用する基準第155条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・被保険者証 ・サービス内容の記録
	(2) サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用料等の受領	(1) 法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、入居者から利用料の一部として、当該サービスに係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該施設に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けていますか。	基準第181条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・地域密着型施設サービス計画書 ・領収証控 ・説明に用いた文書 ・同意に関する記録
	(2) 法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に入居者から支払を受ける利用料の額と、地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	<p>上記(1)、(2)の支払を受ける額のほか、受けることのできる次に掲げる費用の額以外の支払いを入居者から受けていませんか。</p> <p>① 食事の提供に要する費用（法第51条の3第1項の規定により特定入所者介護サービス費が入居者に支給された場合は、同条第2項第一号に規定する「食費の基準費用額」を限度とし、特定入居者介護サービス費を指定介護老人福祉施設が代理受領していた場合は同条同項同号の「食費の負担限度額」を限度とする。）</p> <p>② 居住に要する費用（法第51条の3第1項の規定により特定入所者介護サービス費が入居者に支給された場合は、同条第2項第二号に規定する「居住費の基準費用額」を限度とし、特定入居者介護サービス費を指定介護老人福祉施設が代理受領していた場合は同条同項同号の「居住費の負担限度額」を限度とする。）</p> <p>(3) ③ 厚生労働大臣の定める基準（平成12年3月30日厚生省告示第123号）に基づき入居者が選定する特別な居室（国若しくは地方公共団体の負担若しくは補助又はこれらに準ずるものを受けて建築され、買収され、又は改造されたものを除く。）の提供を行ったことに伴い必要となる費用</p> <p>④ 入居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</p> <p>⑤ 理美容代</p> <p>⑥ ①から⑤に掲げるもののほか、サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入居者に負担させることが適当と認められるもの。※費用の具体的な範囲については、別に通知された「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年3月30日老企第54号）」に沿って適切に取り扱われていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 上記(3)の①から④については、別に厚生労働大臣が定めるところ(※)によっていますか。※ 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）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) あらかじめ、入居者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、入居者の同意を得ていますか。ただし、①から④については、文書による同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 指定地域密着型介護福祉施設サービスその他のサービスの提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、領収証を交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 領収証にそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、その提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入居者に対して交付していますか。	基準第189条により準用する基準条例第22条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・サービス提供証明書 控
指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針	(1) 地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行っていますか。	基準第182条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する書類 ・地域密着型施設サービス計画書
	(2) 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割をもって生活を営むことができるよう配慮して行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 入居者のプライバシーの確保に配慮して行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入居者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) サービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・身体的拘束等に関する記録

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等	
			適	不適	該当なし		
	<p>《身体拘束禁止の対象となる具体的行為》 身体拘束ゼロへの手引きより</p> <p>①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。 ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。 ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。 ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。 ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。 ⑨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。 ⑩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。 ⑪自分の意思で開けることができない居室等に隔離する。</p>						
	(7)	(6)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。	基準 第182条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・身体的拘束等に関する記録
	(8)	<p>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っていますか。 具体的には、次のようなことを想定されている。 ① 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。 ② 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、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9)	<p>身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 ① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 ③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・身体的拘束等の適正化のための指針
	(10)	<p>介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施していますか。 ※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身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11)	自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・評価に関する記録
	(12)	必要に応じ、入居者が成年後見制度を活用することができるように配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域密着型施設サービス計画の作成	(1)	管理者は、介護支援専門員に地域密着型施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第158条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・運営規程 ・職務分担表 ・施設サービス計画書 原案 ・入居者に関する記録 ・面接等に関する記録 ・アセスメントに関する記録 ・担当者会議に関する記録 ・照会に関する記録 ・同意に関する記録 ・モニタリングに関する記録等
	(2)	地域密着型施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（計画担当介護支援専門員）は、地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、入居者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて地域密着型施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入居者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入居者が現に抱える問題点を明らかにし、入居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（アセスメント）していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等		
			適	不適	該当なし			
	(4)	計画担当介護支援専門員は、アセスメントに当たっては、入居者及びその家族に面接して行っていますか。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入居者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。このため、計画担当介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(5)	計画担当介護支援専門員は、入居者の希望及び入居者についてのアセスメントの結果に基づき、入居者の家族の希望を勘案して、入居者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した地域密着型施設サービス計画の原案を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(6)	計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、当該地域密着型施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(7)	計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の原案の内容について、入居者又はその家族に対して説明し、文書により入居者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(8)	計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく当該サービス計画を入居者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(9)	計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成後においても、当該サービス計画の実施状況の把握（入居者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、入居者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて地域密着型施設サービス計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(10)	計画担当介護支援専門員は、(9)に規定する実施状況の把握（モニタリング）に当たっては、入居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、行っていますか。 ① 定期的に入居者に面接すること。 ② 定期的にモニタリングの結果を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(11)	計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により地域密着型施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。 ① 入居者が要介護更新認定を受けた場合 ② 入居者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(12)	(9)に規定する地域密着型施設サービス計画の変更についても、(2)から(8)までの規定を準用して行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	介護	(1)	各ユニットにおいて、入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・施設サービス計画書・提供記録 ・職員勤務表 等
		(2)	入居者の日常生活における家事を、入居者がその心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		(3)	入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により入居者に入浴の機会を提供していますか。 ※やむを得ない場合は清しきにより入浴に代えることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(4)		入居者に対しその心身の状況に応じて、適切な方法により排せつの自立について必要な支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(5)		おむつを使用せざるを得ない入居者について、排せつの自立を図りつつ、おむつを適切に取り替えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(6)		褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(7)		入居者に対し、離床、着替え、整容等の日常生活上の支援を適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(8)		常時1人以上の介護職員を介護に従事させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			基準第183条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(9) 入居者に対し、その負担により、当該施設の従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事	(1) 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供していますか。	基準 第184条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供記録 ・ 嗜好アンケート調査等の記録 ・ 献立表 ・ 栄養士による栄養指導の記録 ・ 残食(菜)表 ・ 相談等の記録 ・ 会議記録 ・ 医師の指示を記録した書類 ・ 業務委託の場合の契約書 ・ 検食簿 等
	(2) 入居者の心身の状況に応じて適切な方法により食事の自立について、必要な支援を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 入居者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の入居者の栄養状態に応じた栄養管理を行うように努めるとともに、摂食・嚥下機能その他の入居者の身体の状況や、食形態、嗜好等にも配慮した適切な栄養量及び内容としていますか。 また、入居者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 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、その実施状況が明らかにされていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 病弱者に対する献立については、必要に応じ、医師の指導を受けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8) 食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後6時以降とすることが望ましいが、早くても午後5時以降となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9) 食事提供業務を委託する場合には、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により食事サービスの質が確保され、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(10) 食事提供については、入居者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を食事に的確に反映させるために、居室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11) 入居者に対して、適切な栄養食事相談を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(12) 食事内容について、当該施設の医師又は栄養士を含む会議において検討が加えられていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
相談及び援助	常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第161条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 相談等の記録
社会生活上の 便宜の提供等	(1) 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。	基準 第185条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業計画(報告)書 ・ 地域密着型施設サービスの記録 ・ 金銭管理等に関する同意等の記録
	(2) 入居者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについて、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 特に金銭にかかわるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居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ますか。 ※ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の居室は、家族や友人が来訪・宿泊して入居者と交流するのに適した個室であることから、これらの者ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮しなければならない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(5) 入居者の外出の機会を確保するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 入居者の生活を当該施設内で完結させてしまうことのないよう、入居者の希望や心身の状況を踏まえながら、買物や外食、図書館や公民館等の公共施設の利用、地域の行事への参加、友人宅の訪問、散歩など、入居者に多様な外出の機会を確保するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
機能訓練	(1) 入居者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っていますか。	基準第189条により準用する基準第163条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・機能訓練計画に関する書類 ・機能訓練日誌
	(2) なお、機能訓練は、機能訓練室における機能訓練に限るものではなく、日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練を含むものであり、これらについても十分に配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
栄養管理 (令和6年3月31日までは努力義務)	(1) 入居者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。	基準第189条により準用する基準第163条の2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・栄養ケア計画
	(2) 栄養管理について、以下の手順により行っていますか。 ① 入居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、入居者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、地域密着型施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。 ② 入居者ごとの栄養ケア計画に従い、栄養管理を行うとともに、入居者の栄養状態を定期的に記録すること。 ③ 入居者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。 ④ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4参考。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔衛生の管理 (令和6年3月31日までは努力義務)	(1) 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。	基準第189条により準用する基準第163条の3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・口腔衛生の管理体制に係る計画
	(2) 入居者に対する口腔衛生の管理について、入居者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行っていますか。 ① 当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行うこと。 ② ①の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。 イ 助言を行った歯科医師 ロ 歯科医師からの助言の要点 ハ 具体的方策 ニ 当該施設における実施目標 ホ 留意事項・特記事項 ③ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(2)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
健康管理	当該施設の医師又は看護職員は、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採っていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第164条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・健康チェックの記録
入居者の入院期間中の取扱い	(1) 入居者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定地域密着型介護老人福祉施設に円滑に入居することができるようにしていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第165条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録
	(2) 入居者の入院期間中のベッドは、短期入所生活介護事業等に利用しても差し支えないが、入居者が退院する際に円滑に再入居できるよう、その利用は計画的なものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者に関する市への通知	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ますか。 ① 正当な理由なしに指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたとき。 ② 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	基準 第189条により準用する 基準 第28条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・市への通知
管理者による管理	管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の者ですか。ただし、当該施設の管理上支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所、施設等又は本体施設の職務に従事することができます。	基準 第189条により準用する 基準 第166条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・組織図 ・運営規程
管理者の責務	管理者は、当該施設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ますか。また、従業者に対して必要な指揮命令を行っていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第59条の11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・組織図 ・運営規程
計画担当介護支援専門員の責務	計画担当介護支援専門員は、「地域密着型施設サービス計画の作成」に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行っていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第167条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・居宅介護支援事業者等への照会記録 ・居宅介護支援事業者等への情報提供記録 ・身体的拘束に関する記録 ・苦情に関する記録 ・事故に関する記録
	① 利用申込者の入居に際し、その者に係る指定居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況を把握すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	② 入居者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③ その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入居者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退居後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退居のために必要な援助を行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④ 入居者の退居に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、指定居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 身体的拘束等の態様及び時間、その際の入居者の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 苦情の内容等を記録すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
運営規程	次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。	基準 第186条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・運営規程

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	① 施設の目的及び運営の方針 ② 従業者の職種、員数及び職務の内容 ③ 入居定員 ④ ユニット数及びユニットごとの入居定員 ⑤ 入居者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥ 緊急時等における対応方法 ⑦ 非常災害対策 ⑧ 虐待防止のための措置に関する事項（⑧は令和6年3月31日までは努力義務） ⑨ その他施設の運営に関する重要事項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
勤務体制の確保等	(1) 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。	基準第187条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用契約書 ・勤務体制一覧表 ・委託契約書 ・研修受講修了証明書 ・研修計画、出張命令 ・研修会資料
	(2) 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 当該施設の従業者によってサービスを提供していますか。※入居者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。（調理業務、洗濯等）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8状第2項に規定する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ますか。（令和6年3月31日までは努力義務）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 職場において行われるハラスメント（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）により地域密着型介護老人福祉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ますか。 事業主が講ずべき措置の具体的内容 ①事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。 ②相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。 事業主が講じることが望ましい取組の例 ①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 ②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人対応させない等） ③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態などの状況に応じた取組） ※参考：「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
業務継続計画の策定等（令和6年3月31日までは努力義務）	(1) 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地域密着型介護老人福祉施設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ますか。	基準第189条により準用する基準条例第32条2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務継続計画 ・訓練記録等 ・研修報告書等研修資料
	(2) 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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
定員の遵守	ユニットごとの入居定員及び居室の定員を超えて入居させていませんか。 ※災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合は、この限りでない。	基準第188条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者名簿 ・運営規程

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
非常災害対策	(1) 利用者の状態及び地域の自然的社会的条件を踏まえ、想定される非常災害の種類ごとに、対応に関する具体的計画を立て、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ますか。 ※今年度における訓練実施状況（実施予定含む） 実施日 年 月 日 利用者の参加 有 ・ 無 消防の立会い 有 ・ 無	基準第189条により準用する基準条例第59条の15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 非常災害対策計画 非常災害時の連絡体系図等 訓練記録 消防計画 防火管理者選任届 消防計画に準ずる計画
	(2) 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう日頃から連携に努めるとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者等と連携できる体制の整備に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 防火管理者を置いていますか。 ※収容人数30人以上の場合。 (氏名：) * 消防計画があるか。消防計画を届出しているか。 * 消防計画の策定及び消防業務の実施は、防火管理者が行っているか。 ①延べ面積300㎡以上＝甲種防火管理講習修了者 ②延べ面積300㎡未満＝甲種又は乙種防火管理講習修了者 ※防火管理者を置かなくてもよいとされている事業所においては、防火管理についての責任者を記入してください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
衛生管理等	(1) 入居者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。	基準第189条により準用する基準第171条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 受水槽の清掃に関する記録 定期消毒の記録等 委員会開催記録 食中毒防止等の記録等 指導等に関する記録 衛生管理に関する指針・マニュアル等 研修記録 対応記録 現場確認 感染対策委員会開催記録、名簿 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 研修プログラム、研修実施記録、受託業者への周知記録
	(2) 当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように次の措置を講じていますか。 ① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催していますか。また、その結果を介護職員その他の従業員に周知徹底していますか。 ② 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。 ③ 介護職員その他の従業員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的に行っていますか。（訓練については令和6年3月31日まで努力義務） ④ ①～③以外に別に市長が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 調理及び配膳に当たっては、食品衛生法等関係法規に準じて衛生的に行っていますか。 ※なお、食事の提供に使用する食器等の消毒も適正に行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 特に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、適切な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 感染対策委員会は幅広い職種（例：施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）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、専任の感染対策担当する者を決めているか（看護師が望ましい）。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8) 「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」に、平常時の対策及び発生時の対応が規定されていますか。（参照：「介護現場における感染対策の手引き」）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
(9)	施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的ケアの励行のため行われる「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修」は、施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、年2回以上定期的に開催していますか。また、新規採用時には感染対策研修を実施することが重要である。 ※研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、職員研修施設内での研修で差し支えない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(10) 研修内容は記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11) 実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に行っていますか。また、訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。（令和6年3月31日までは努力義務）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
協力病院等	(1) 入院治療を必要とする入居者のために、あらかじめ、協力病院を定めていますか。	基準 第189条により準用する 基準 第172条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掲示	当該施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、協力病院、利用料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又は備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させていますか。	基準 第189条により準用する 基準 条例第34条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 掲示場所確認
秘密保持等	(1) 従業員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。	基準 第189条により準用する 基準 第173条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 就業時の取り決め等の記録
	(2) 従業員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 指定居宅介護支援事業者等に対して、入居者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入居者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
広告	当該施設について、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ですか。	基準 第189条により準用する 基準 条例第36条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	(1) 指定居宅介護支援事業者又はその従業員に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	基準 第189条により準用する 基準 第174条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 居宅介護支援事業者又はその従業員から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
苦情処理	提供したサービスに関する入居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ますか。	基準 第189条により準用する 基準 条例第38条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 運営規程 ・ 掲示物 ・ 苦情に関する記録 ・ 調査に関する記録 ・ 指導等に関する記録 ・ 改善内容に関する報告
	(1) 苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入居者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についてもあわせて記載するとともに、施設に掲示する等していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) (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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) その提供したサービスに関し、法第23条の規定による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当該市の職員からの質問若しくは照会に応じ、入居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は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(5) 市からの求めがあった場合には、(4)の改善の内容を市に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) その提供したサービスに関する入居者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第3号の規定による調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(6)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域との連携	(1) サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市の職員又は地域包括支援センターの職員、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上開催し、活動状況を報告し、その評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。	基準第189条により準用する基準条例第59条の17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・地域交流に関する書類 ・市等の行う事業に関する書類
	(2) 報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、これを公表していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 運営推進会議について、複数の事業所で合同開催している場合、次の要件を満たしていますか。 ① 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報、プライバシーを保護すること。 ② 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。 ③ 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 運営に当たっては、提供したサービスに関する入居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介護相談員派遣事業等に協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事故発生の防止及び発生時の対応	(1) 事故が発生した場合の対応、報告の方法等が規定された事故発生の防止のための指針を整備していますか。	基準第189条により準用する基準第175条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・事故に関する記録 ・研修の記録
	(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）及び従業者に対する研修を定期的に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 入居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、速やかに市、入居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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) (5)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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 入居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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
虐待の防止	(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。（令和6年3月31日までは努力義務）	基準第189条により準用する基準条例第40条の2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・虐待防止のための指針 ・研修資料
	(2) 虐待の防止のための指針を整備していますか。（令和6年3月31日までは努力義務）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。(令和6年3月31日までは努力義務)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
会計の区分	指定地域密着型介護福祉施設サービスの事業の会計をその他の事業の会計と区分していますか。	基準第189条により準用する基準条例第41条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・会計に関する書類
記録の整備	(1) 従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備していますか。	基準第189条により準用する基準第176条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員名簿 ・履歴書等 ・設備台帳 ・備品台帳 ・会計関係書類 ・地域密着型施設サービス計画書 ・提供記録 ・身体的拘束等に関する記録 ・市への通知の記録 ・苦情に関する記録 ・事故に関する記録
	(2) 入居者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。 ①地域密着型施設サービス計画 ②提供した具体的なサービスの内容等の記録 ③身体的拘束等の態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 ④市への通知に係る記録 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 ⑦運営推進会議から出された報告、評価、要望、助言等の記録		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V 変更の届出

変更の届出等	<p>事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を市長に届け出ていますか。</p> <p>①事業所の名称及び所在地 ②申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ③登記事項証明書又は条例等 ④建物の構造概要及び平面図並びに専用区画等 ⑤事業所の管理者の氏名、生年月日、住所 ⑥運営規程 ⑦協力医療機関の名称及び診療科目並びに契約の内容(協力歯科医療機関があるときはこれを含む) ⑧本体施設、本体施設との移動経路等 ⑨併設施設の状況等 ⑩介護支援専門員の氏名及びその登録番号</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・変更届書類
--------	--	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------

VI 介護給付費の算定及び取扱い

基本的事項	(1) 指定地域密着型サービスに要する費用の額は、平成18年厚生省告示第126号別表「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定される費用の額により算定される費用の額の合計額となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型施設サービス計画書 ・介護給付費明細書 ・介護給付費請求書
	(2) 指定地域密着型サービスに係る費用の額は、平成12年厚生労働省告示第22号(厚生労働大臣が定める一単位の単価)に、別表に定める単位数を乗じて算定されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) (1)、(2)により指定地域密着型サービスに要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域密着型介護福祉施設サービス費	(1) 施設基準に適合し、かつ、夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護(介護保険法施行法第13条第1項に規定する旧措置入所者に対して行われるものを除く。)を行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び施設基準(平12告26)39号(従来型個室、多床室、ユニット型個室、ユニット型準個室)に従い、入居者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型施設サービス計画書 ・介護給付費明細書 ・介護給付費請求書
	(2) ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(3) 運営規程に定められている入居定員を超えている場合又は、介護職員、看護職員（看護師又は准看護師をいう。以下同じ。）若しくは、介護支援専門員の員数が基準を満たしていない場合は、所定単位数の70/100で算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ユニットケア減算	ユニット型介護福祉施設サービスについて、施設基準を満たさない場合は、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設基準四十 ※いずれにも適合すること	日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
身体拘束廃止未実施減算	次の基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、1日につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算していますか。 ① 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居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。 ② 身体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従業者に周知徹底を図ること。 ③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 ④ 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束の指針 ・身体的拘束の記録 ・研修記録
安全管理体制未実施減算	次の基準を満たさない場合は、1日につき5単位を所定単位数から減算していますか。 ①事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備すること。 ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある自体が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。 ③事故発生防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。 ④①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。 ⑤入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市、入居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こと。 ⑥⑤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こと。 ⑦入居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うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
栄養管理に係る減算	栄養士又は管理栄養士の員数若しくは指定地域密着型サービス基準第143条の2（指定地域密着型サービス基準第169条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない場合は、1日につき14単位を所定単位数から減算していますか。 （適用は令和6年4月1日から）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
日常生活継続支援加算	施設基準に適合しているものとして市長に届け出た場合は、以下に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 (1) 日常生活継続支援加算(Ⅰ) 36単位 (2) 日常生活継続支援加算(Ⅱ) 46単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制一覧表 ・入居者に関する記録 ・入居状況
日常生活継続支援加算(Ⅰ) ※(1)～(4)の	(1) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
いずれにも適合すること	a～cのいずれかに該当すること。 a 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入居者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上であること。 (2) b 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入居者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が100分の65以上であること。 c 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（口腔内の喀痰吸引等）を必要とする者の占める割合が入居者の100分の15以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。 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。 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こと。 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。 i 入所者の安全及びケアの質の確保 ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 iii 介護機器の定期的な点検 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"/>	
	(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	(1) ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 ※(1)～(2)のいずれにも適合すること (2) 上記、日常生活継続支援加算(Ⅰ)の(2)～(4)までに該当するものであること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護体制加算	施設基準に適合しているものとして市長に届け出た場合、当該施設基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 看護体制加算(Ⅰ)イ…12単位 看護体制加算(Ⅰ)ロ…4単位 看護体制加算(Ⅱ)イ…23単位 看護体制加算(Ⅱ)ロ…8単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・勤務体制一覧表 ・資格証
看護体制加算(Ⅰ)イ ※いずれにも適合すること	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看護体制加算(Ⅰ)ロ ※いずれにも適合すること	経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
看護体制加算(Ⅱ)イ ※いずれにも適合すること	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	看護職員を常勤換算方法で、2名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看護体制加算(Ⅱ)ロ ※いずれにも適合すること	経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	看護職員を常勤換算方法で、2名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜勤職員配置加算	(1) 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして市長に届け出た施設について、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・勤務体制一覧表 ・登録証
	(2) 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の算定を行う場合、次のa又はb要件を満たしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a次に掲げる要件のいずれにも適合していますか。 ① 夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。 ② 入居者の動向を検知できる見守り機器を入居者数の10%以上設置していること。 ③ 施設内に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こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b次に掲げる要件のいずれにも適合していますか。 ① 夜勤職員の最低基準+0.6名分の人員を多く配置していること。 ② 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入居者の数以上設置していること。 ③ 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。 ④ 見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入居者への訪問及び当該入居者に対する適切なケア等による入居者の安全及びケアの質の確保 (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (3) 見守り機器等の定期的な点検 (4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(4) 夜勤職員配置加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定する場合、夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を1人以上配置していますか。 a 介護福祉士（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）附則第13条第1項に規定する特定登録者（bにおいて「特定登録者」という。）及び同条第9項に規定する新特定登録者（cにおいて「新特定登録者」という。）を除く。）であって、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる行為のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了している者 b 特定登録者であって、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第13条第5項に規定する特定登録証の交付を受けている者 c 新特定登録者であって、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第13条第11項において準用する同条第5項に規定する新特定登録証の交付を受けている者 d 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第3条第1項に規定する認定特定行為業務従事者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、外部との連携により、入居者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき100単位を所定単位数に加算していますか。 【厚生労働省が定める基準】 次のいずれにも該当すること。 (1) 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該指定地域密着型特定施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。 (2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。 (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務一覧表 ・資格証 ・個別機能訓練計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・生活機能向上連携加算に関する記録
	(2) 個別機能訓練加算を算定している場合に算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、入居者に対して機能訓練を行った場合に、生活機能向上連携加算として、1月につき200単位を所定単位数に加算していますか。 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単位を所定単位数に加算する。 【別に厚生労働大臣が定める基準】 次のいずれにも適合すること。 (1) 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該指定特定施設、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設又は指定介護老人福祉施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。 (2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。 (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務一覧表 ・資格証 ・個別機能訓練計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・生活機能向上連携加算に関する記録

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
個別機能訓練加算（Ⅰ）	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（理学療法士等という。）を1名以上配置しているものとして市長に届け出た場合、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合に、1日につき12単位を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務一覧表 ・資格証 ・個別機能訓練計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・個別機能訓練に関する記録
個別機能訓練加算（Ⅱ）	(1) 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務一覧表 ・資格証 ・個別機能訓練計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・個別機能訓練に関する記録
	(2) 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に、1日につき20単位を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADL維持等加算（Ⅰ） ※(1)～(4)のいずれにも適合すること	(1) 評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（(2)において「評価対象利用期間」という。）が6月を超える者）の総数が10人以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ADL加算に関する記録
	(2) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」という。）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」という。）の平均値が1以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADL維持等加算（Ⅱ） ※(1)～(4)のいずれにも適合すること	(1) 評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（(2)において「評価対象利用期間」という。）が6月を超える者）の総数が10人以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ADL加算に関する記録
	(2) 評価対象者全員について、評価対象利用開始月と、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値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 評価対象者のADL利得の平均値が2以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
若年性認知症入所者受入加算	基準告示・六十四に適合しているものとして市長に届け出た場合、若年性認知症利用者に対して指定介護福祉施設サービスを行った場合には、若年性認知症利用者受入加算として1日につき120単位を所定単位数に加算していますか。 ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・職員勤務一覧表 ・入居者の記録
基準告示六十四	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ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
常勤の医師の配置加算	専ら当該施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置しているものとして市長に届け出た場合、1日につき25単位を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・勤務体制一覧表
精神科医による療養指導の加算	認知症である入居者が全入居者の3分の1以上を占める指定地域密着型介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われている場合は、1日につき5単位を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入所者の記録 ・療養指導の記録

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
障害者生活支援体制の加算(Ⅰ)	利用者等告示(平12告23)第57号において準用する第44号に適合する視覚、聴覚若しくは言語機能の障害のある者、又は知的障害者又は精神障害者である入居者の占める割合が100分の30以上である指定介護老人福祉施設において、視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者として利用者等告示(平12告23)第58号において準用する第45号に定める者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1名以上配置しているものとして市長に届け出た場合、障害者生活支援体制加算として、1日につき26単位を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・障害者生活支援員の確認書類
障害者生活支援体制の加算(Ⅱ)	利用者等告示(平12告23)第57号において準用する第44号に適合する視覚、聴覚若しくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者である入居者の占める割合が100分の50以上である指定介護老人福祉施設において、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利用者等告示(平12告23)第58号において準用する第45号に定める者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ものとして市長に届け出た場合、障害者生活支援体制加算として、1日につき41単位を所定単位数に加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・障害者生活支援員の確認書類
利用者等告示四十四	視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者					
利用者等告示四十五	①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 ②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 ③知的障害 知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者 ④精神障害 精神保健福祉士又は精神保健福祉法施行令第12条各号に掲げる者					
入院・外泊の取扱い	入居者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入居者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月につき6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定していますか。 入院又は外泊の初日及び最終日について算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・外泊届 ・入居者に関する記録
外泊時在宅サービス利用費用	入居者に対して居宅における外泊を認め、指定地域密着型介護老人福祉施設が居宅サービスを提供した場合に、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定していますか。 外泊の初日及び最終日について算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・外泊届 ・入居者に関する記録
初期加算	(1) 入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算していますか。 ※外泊している間は算定できない。 ※30日を超える病院又は診療所への入院後に指定地域密着型介護老人福祉施設に再び入所した場合も加算できる。 (2) 初期加算は当該入所者が過去3月間(ただし、「日常生活自立度」のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去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ますか。 (3) なお、当該施設の併設又は空床利用の短期入所生活介護(単独型の場合であっても、同一の敷地内又は隣接若しくは近隣する敷地であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合を含む。)を利用して入居している者が日を開けることなく引き続き当該施設に入居した場合については、初期加算は入居直前の短期入所生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
再入所時栄養 連携加算	(1) 指定地域密着型介護老人福祉施設に入所（以下この注において「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所した場合であって、当該者が退院した後に再度当該指定地域密着型介護老人福祉施設に入所（以下この注において「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため（経管栄養又はえん下調整食の新規導入）、当該指定地域密着型介護老人福祉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回を限度として所定単位数を加算していますか。ただし、栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・栄養ケア計画
	(2) 当該指定地域密着型介護老人福祉施設の管理栄養士が、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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
退所時等相談 援助加算	(1) ・退所前訪問相談援助加算 入居期間が1月を超えると見込まれる入居者の退居に先立って介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、当該入居者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入居者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行った場合に、入居中1回（入居後早期に退居前相談援助の必要があると認められる入居者にあつては、2回）を限度として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・居宅又は社会福祉士施設等訪問及び調整の記録 ・訪問相談援助の記録
	入居者が退居後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等（病院、診療所及び介護保険施設を除く。以下同じ。）に入所する場合であつて、当該入居者の同意を得て、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、同様に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) ・退所後訪問相談援助加算 入居者の退居後30日以内に当該入居者の居宅を訪問し、当該入居者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に、退居後1回を限度として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	入居者が退居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、当該入居者の同意を得て、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、同様に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 退所時相談援助加算 入居期間が1月を超え入居者が退所し、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、当該入居者の退居時に、当該入居者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、当該入居者の同意を得て、退居の日から2週間以内に当該入居者の退居後の居住地を管轄する市及び老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター（地域包括支援センターでも可）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居者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、入居者1人につき1回を限度として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	入居者が退居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、当該入居者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入居者の介護状況を示す文書を添えて当該入居者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(4) ・退所前連携加算 入居期間が1月を超え入居者が退所し、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、当該入居者の退居に先立って当該入居者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入居者の同意を得て、当該入居者の介護状況を示す文書を添えて当該入居者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退居後の指定居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
栄養マネジメント強化加算	基準告示・六十五の三に適合するものとして市長に届け出た施設において入居者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、1日につき所定単位数を加算していますか。ただし、栄養管理に係る減算をしている場合は算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・勤務体制一覧表 ・食事関係書類 ・栄養ケア計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・入居者の栄養スクリーニングの記録
基準告示 六十五の三	管理栄養士を常勤換算方法で、入居者の数を50で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入居者の数を70で除して得た数以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	低栄養状態にある入居者又は低栄養状態のおそれのある入所居者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入居者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	低栄養状態にある入居者又は低栄養状態のおそれのある入居者以外の入居者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	入居者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経口移行加算	(1) 基準告示六十六に適合している施設において、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入居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は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算していますか。ただし、栄養管理に係る減算をしている場合は算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・医師の指示書 ・経口移行計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・利用者に関する記録
	(2) 上記の180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き加算を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経口維持加算 (I)	基準告示六十七に適合している施設において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入居者に対し、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、入居者の栄養管理をするため食事の観察及び会議等を行い、入居者ごとに経口による継続的な食事の接種を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算していますか。ただし、栄養管理に係る減算をしている場合又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・医師の指示書 ・経口維持計画書 ・地域密着型施設サービス計画書 ・利用者に関する記録 ・医師への報告書
経口維持加算 (II)	協力歯科医療機関を定めている施設が、経口維持加算(I)を算定し、入居者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、1月につき所定単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準告示 六十七 ※いずれにも適合すること	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	入居者の摂食・嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食形態に係る配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	上記の事項を多職種協働により実施するための体制が整備されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	(1) 基準告示六十九に適合している施設において、入居者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、口腔衛生加算（Ⅱ）を算定している場合には算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・口腔ケアに関する記録 ・技術的助言等に関する記録
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	(2) 上記（1）に加え、入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、1月につき所定単位数を加算していますか。ただし、口腔衛生加算（Ⅰ）を算定している場合には算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準告示六十九 ※いずれにも適合すること	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、入居者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入居者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	歯科衛生士が、入居者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	歯科衛生士が、入居者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養食加算	次のいずれの基準にも適合するものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設が利用者等告示四十七で定める療養食を提供したときは、1日につき3回を限度（1日3食を限度とし、1食を1回）として所定単位数を算定していますか。 ① 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。 ② 入居者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。 ③ 定員利用・人員基準に適合していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・食事せん ・利用者に関する記録 ・食事の提供に関する記録
利用者等告示四十七	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、降糖病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
配置医師緊急時対応加算	(1) 指定地域密着型介護老人福祉施設において、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の配置医師（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第1号に規定する医師をいう。）が当該指定地域密着型介護老人福祉施設の求めに応じ、早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。）に当該指定地域密着型介護老人福祉施設を訪問して入居者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合は、診療が行われた時間が早朝又は夜間の場合は1回につき650単位、深夜の場合は1回につき1,300単位を加算していますか。ただし、看護体制加算（Ⅱ）を算定していない場合は、算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 入居者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的な状況等について、配置医師と当該指定地域密着型介護老人福祉施設の間で、具体的な取り決めがなされていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
看取り介護加算（Ⅰ）	別に厚生労働大臣が定める施設基準四十五に適合している施設において、別に厚生労働大臣が定める利用者等告示四十八に適合する入居者について看取り看護を行った場合にあっては、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき72単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1,280単位を死亡月に加算していますか。ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・医師、看護師との連携が分かる書類 ・看取りに関する指針 ・看取り加算の加算時期、情報提供に関する同意の記録 ・利用者の家族との連絡等の記録

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
看取り介護加算(Ⅱ)	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入居者について看取り介護を行った場合においては、当該入居者が当該指定地域密着型介護老人福祉施設内で死亡した場合に限り、看取り介護加算(Ⅱ)として、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき72単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき780単位を、死亡日については1日につき1,580単位を死亡月に加算していますか。 ただし、看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。		□	□	□	
施設基準四十五 ※いずれにも適合すること	常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 看取りに関する指針を定め、入居の際に入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員、その他の職種の者による協議の上、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。		□	□	□	
利用者等告示四十八 ※いずれにも適合する入居者	医師が一般に認められている医学的見解に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 医師、生活相談員、看護職員(密接な連携を確保できる距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。)、管理栄養士、介護支援専門員、介護職員等が共同で作成した入居者の介護に係る計画について、説明を行い、同意を得ている者であること。 看取りに関する指針に基づき、入居者の状態又は家族の求めに応じ随時、介護記録等を活用して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であること。		□	□	□	
在宅復帰支援機能加算	基準告示七十に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設であって、次の基準のいずれにも適合している場合にあっては、1日につき所定単位数を算定していますか。 ① 入居者の家族との連絡調整を行っていること。 ② 入居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居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。		□	□	□	・入居者家族への支援の記録 ・相談援助の記録 ・地域包括支援センター等への入所者の介護状況を示す文書 ・在宅継続の見込みに関する記録
基準告示七十 ※いずれにも適合すること	算定日が属する月の前6月間において当該施設から退居した者(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。 退居者の退居後30日以内に当該施設の従業者が当該退居者の居宅を訪問すること、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。		□	□	□	
在宅・入所相互利用加算	利用者等告示四十九に定める者に対して、基準告示・七十一に適合する指定地域密着型介護福祉施設サービスを行う場合にあっては、1日につき所定単位数を算定していますか。		□	□	□	・在宅期間の介護に関する目標及び方針 ・目標及び方針に対する評価 ・在宅期間と入所期間に関する同意 ・支援チームに関する記録
利用者等告示四十九	在宅生活を継続する観点から、複数の者であらかじめ在宅期間及び入居期間(入居期間については3月上限とする。)を定めて、当該施設の同一の居室を計画的に利用している者		□	□	□	
基準告示七十一	在宅での生活期間中の介護支援専門員と入居する施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上介護に関する目標及び方針を定め、入居者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ていること。		□	□	□	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
小規模拠点集合型施設加算	同一敷地内に複数の居住単位を設けてサービスを行っている施設において、5人以下の居住単位（棟）に分けて入居している入居者については、1日に所定単位数を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・平面図 ・施設入居者一覧
認知症専門ケア加算	基準告示に適合している指定地域密着型介護老人福祉施設であって、利用者等告示に定める者(※)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日につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。 ※利用者等告示五十に定める者 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する利用者）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・入居者に関する記録 ・認知症ケアに関する研修計画 ・認知症ケアに関する伝達又は技術指導会議の記録 ・資格証
認知症専門ケア加算（Ⅰ） ※いずれにも適合すること	利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められる介護を必要とする認知症の者（対象者）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人未満は1以上、20人以上の場合は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。 従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。 認知症ケア加算（Ⅱ）を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症専門ケア加算（Ⅱ） ※いずれにも適合すること	認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 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。 認知症ケア加算（Ⅰ）を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入居することが適当であると判断した者に対し、指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護を行った場合は、入居した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・医師の判断の記録 ・入居者に関する記録
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） ※いずれにも該当すること	(1) 入居者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 (2) 評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 (3) 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居者の状態について定期的に記録していること。 (4) 評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。※計画の見直しは、計画に実施上の問題があれば直ちに実施すること。 (5) 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・評価結果に関する記録 ・褥瘡ケア計画 ・褥瘡管理記録

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） ※いずれにも該当すること	(1)	入居者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入居時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・評価結果に関する記録 ・褥瘡ケア計画 ・褥瘡管理記録
	(2)	評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	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居者の状態について定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者ごとに褥瘡ケア計画を見直していますか。※計画の見直しは、計画に実施上の問題があれば直ちに実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5)	評価の結果、施設入居時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について、褥瘡の発生のないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6)	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
褥瘡マネジメント加算（Ⅲ） （令和4年3月31日まで）		令和3年3月31日において改正前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っている施設であって、改正後の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っていないものにおける改正前の褥瘡マネジメント加算（3月に1回を限度として10単位）の算定については、令和4年3月31日までの間は、なお従前の例によることができる。				
排せつ支援加算（Ⅰ） ※いずれにも該当すること	(1)	入居者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入居時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・排泄支援に関する計画
	(2)	評価の結果、排せつに介護を要する入居者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入居者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)	排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排せつ支援加算（Ⅱ） ※いずれにも該当すること	(1)	入居者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入居時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・排泄支援に関する計画
	(2)	評価の結果、排せつに介護を要する入居者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入居者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者ごとに支援計画を見直していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)	次のいずれかに該当していること。 ①評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入居時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。 ②評価の結果、施設入居時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
	(5) 排せつ支援加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排せつ支援加算（Ⅲ） ※いずれにも該当すること	(1) 入居者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入居時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 評価の結果、排せつに介護を要する入居者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入居者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者ごとに支援計画を見直していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入居時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 評価の結果、施設入居時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 排せつ支援加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排せつ支援加算（Ⅳ） （令和4年3月31日まで）	令和3年3月31日において改正前の排せつ支援加算に係る届出を行っている施設であって、改正後の排せつ支援加算に係る届出を行っていないものにおける改正前の排せつ支援加算（支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき100単位）の算定については、令和4年3月31日までの間は、なお従前の例によることができる。					
自立支援促進加算 ※いずれにも該当すること	(1) 医師が入居者ごとに、施設入居時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・自立支援に関する計画
	(2) 医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入居者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者ごとに支援計画を見直していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
科学的介護推進体制加算（Ⅰ） ※いずれにも該当すること	(1) 入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、（1）に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ※いずれにも該当すること	(1) 入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報に加え、入居者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報、入居者ごとの疾病の状況等の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
安全対策体制加算	(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準四十五の二に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設が、入居者に対し、指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設基準告示四十五の二	イ 指定地域密着型サービス基準第百五十五条第一項に規定する基準に適合していること。 ロ 指定地域密着型サービス基準第百五十五条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。 ハ 当該指定地域密着型介護老人福祉施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算の取扱いについて	(1) 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により、前年度の平均を用いて算出していますか。 (2) 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、その割合について、毎月記録をしていますか。 (3) 利用者に対して、直接提供する職員（介護従業者）以外の従業者を加算の対象に含めていませんか。 (4) 日常生活継続支援加算を算定している場合は算定していませんか。 (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	(1) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80/100以上又は介護職員総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が35/100以上ですか。 (2) 提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の向上に資する取組を実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60/100以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50/100以上、又は看護・介護職員総数のうち、常勤職員の占める割合が75/100以上、又は地域密着型介護老人福祉施設入所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7年以上の者の占める割合が30/100以上ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算						
介護職員処遇改善加算要件						
(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（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。）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。					
(2)	指定事業所において、（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、指定権者に届け出ていること。					
(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ますか。※ 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介護職員の賃金水準（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、その内容について指定権者に届け出ること。					
(4)	当該指定事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を指定権者に報告すること。					
(5)	算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。					
(6)	当該指定事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。					

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
(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もって作成し、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)	(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した費用を全ての職員に周知していること。					
(9)	次に掲げる基準のいずれかに適合していること。 (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もって作成し、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。					
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本単位数に各加算を加えた算定単位数の83/1000に相当する単位数を加算として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準の適合内容	上記加算要件の(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	基本単位数に各加算を加えた算定単位数の60/1000に相当する単位数を加算として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
基準の適合内容	上記加算要件の(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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	基本単位数に各加算を加えた算定単位数の33/1000に相当する単位数を加算として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記加算要件の(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ(9)(一)又は(二)に掲げる基準のいずれかに適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経過措置	令和3年3月31日において現に改正前の介護職員処遇改善加算に係る届出を行っている施設であって、改正後の介護職員処遇改善加算に係る届出を行っていないものにおける介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び介護職員処遇改善加算（Ⅴ）の算定については、令和4年3月31日までの間は、なお従前の例によることことができる。					
介護職員等特定処遇改善加算要件						
(1)	介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 (一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。 (二) 当該指定事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。 (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二倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。 (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。					
(2)	当該指定事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、指定権者に届け出ていること。					
(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ますか。※ 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介護職員の賃金水準（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、その内容について指定権者に届け出ること。					

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			確認書類等
			適	不適	該当なし	
(4)	当該指定事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を指定権者に報告すること。					
(5)	日常生活継続支援加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又はサービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ていること。					
(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こと。					
(7)	(2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。					
(8)	(7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。（令和3年度は算定要件とされない。）					
介護職員特定 処遇改善加算 (Ⅰ)	基本単位数に各加算を加えて算定した単位数の27/1000に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記加算要件の(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員特定 処遇改善加算 (Ⅱ)	基本単位数に各加算を加えて算定した単位数の23/1000に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上記加算要件の(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	