

# 地域密着型介護老人福祉施設 実地指導 事前提出資料

事業者名(法人名) :

事業者(法人)代表者職・氏名 :

施設名 :

(住所) : 新潟市

担当者職・氏名 : (連絡先 TEL )

指導年月日 : 令和 年 月 日

- (提出資料)
- ① 自己点検表
  - ② 勤務実績表
  - ③ 加算等一覧、自己点検表(加算等)
  - ④ 状況報告書((介護予防)短期入所生活介護と共通)
  - ⑤ パンフレット等事業所の概要がわかるもの
  - ⑥ 組織図(職・氏名が入っているもの)
  - ⑦ 平面図(上記⑤に平面図が含まれている場合は省略可)
  - ⑧ サービス契約書、重要事項説明書

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検した結果を記載してください。なお、他に勤務実績表、加算等一覧、自己点検表(加算等)のシートも作成しご提出ください。

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該当	

I 人員基準

従業者の員 数	医師は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が配置されていますか。 ※サテライト型の場合、本体施設の医師により入居者の健康管理が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。	基準条例 第153条 第1項第 4項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	生活相談員は常勤で1以上配置されていますか。 ※サテライト型の場合は常勤換算方法で1以上  ※サテライト型の場合、本体施設が下記の表に該当し、表中の職員により入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。	基準条例 第153条 第1項第2 号、第5 項、第8 項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>本体施設</th> <th>職員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指定地域密着型介護老人福祉施設</td> <td>栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>介護老人保健施設</td> <td>支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)</td> </tr> <tr> <td>介護医療院</td> <td>栄養士又は介護支援専門員</td> </tr> </tbody> </table>	本体施設	職員	指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員	介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員	病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)	介護医療院	栄養士又は介護支援専門員				
	本体施設	職員													
指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員														
介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員														
病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)														
介護医療院	栄養士又は介護支援専門員														
介護職員又は看護師もしくは准看護師(以下「看護職員」という。)は以下の基準を満たしていますか。  ①介護職員及び看護職員の総数は、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以上となっていますか。 入居者 ( ) 人 ÷ 3 = [ ] ≤ [ ] 人 OK or NG ※入居者の数は前年度の平均値  ②看護職員は常勤で1以上配置されていますか。 ※サテライト型の場合は常勤換算方法で1以上  ③介護職員のうち1以上は常勤となっていますか。  ④介護職員は常時1名以上介護に従事していますか。 ※非常勤の介護職員でも差支えない。	基準条例 第153条 第1項第3 号、第6 項、第7 項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
栄養士は1以上配置されていますか。 ※サテライト型の場合、本体施設が下記の表に該当し、表中の職員により入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。	基準条例 第153条 第1項第4 号、第8 項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>本体施設</th> <th>職員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指定地域密着型介護老人福祉施設</td> <td>栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>介護老人保健施設</td> <td>支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)</td> </tr> <tr> <td>介護医療院</td> <td>栄養士又は介護支援専門員</td> </tr> </tbody> </table>	本体施設	職員	指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員	介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員	病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)	介護医療院	栄養士又は介護支援専門員					
本体施設	職員														
指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員														
介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員														
病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)														
介護医療院	栄養士又は介護支援専門員														

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)										
			適	不適	非該当											
	<p>機能訓練指導員は、訓練を行なう能力を有する者が1以上確保されていますか。(兼務可)</p> <p>(5) ※サテライト型の場合、本体施設が下記の表に該当し、表中の職員により入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。</p> <table border="1"> <tr> <th>本体施設</th> <th>職員</th> </tr> <tr> <td>指定地域密着型介護老人福祉施設</td> <td>栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>介護老人保健施設</td> <td>支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)</td> </tr> <tr> <td>介護医療院</td> <td>栄養士又は介護支援専門員</td> </tr> </table>	本体施設	職員	指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員	介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員	病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)	介護医療院	栄養士又は介護支援専門員	基準条例第153条第1項第5号、第8項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
本体施設	職員															
指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員															
介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員															
病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)															
介護医療院	栄養士又は介護支援専門員															
	<p>介護支援専門員は常勤、専従で1以上配置されていますか。</p> <p>(6) ※入居者の処遇に支障がない場合は、当該施設で他の業務に従事することができる。</p> <p>※指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定複合型サービス事業所が併設される場合、併設事業所の介護支援専門員により入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。</p> <p>※サテライト型の場合、本体施設が下記の表に該当し、表中の職員により入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。</p> <table border="1"> <tr> <th>本体施設</th> <th>職員</th> </tr> <tr> <td>指定地域密着型介護老人福祉施設</td> <td>栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>介護老人保健施設</td> <td>支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)</td> </tr> <tr> <td>介護医療院</td> <td>栄養士又は介護支援専門員</td> </tr> </table>	本体施設	職員	指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員	介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員	病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)	介護医療院	栄養士又は介護支援専門員	基準条例第153条第1項第6号、第8項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
本体施設	職員															
指定地域密着型介護老人福祉施設	栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員															
介護老人保健施設	支援相談員、栄養士、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員															
病院	栄養士(病床数100以上に限る)又は介護支援専門員(指定介護療養型医療施設に限る)															
介護医療院	栄養士又は介護支援専門員															
	<p>従業者は当該介護老人福祉施設の専従となっていますか。</p> <p>(7) ※(非ユニット型と併設の場合を除き)入居者の処遇に支障がない場合は、この限りではない。</p> <p>※指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が併設されており、当該施設及び当該併設施設が人員基準を満たしている場合は、当該施設の従業者は当該併設施設の職務に従事することができる。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
勤務体制の確保等	<p>継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の職員配置を行っていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間はユニットごとに常時1名以上の介護職員又は看護職員を配置している</li> <li>・夜間は2ユニットごとに1名以上の介護職員又は看護職員を配夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置している</li> <li>・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置している</li> </ul> <p>※ユニットリーダーについて 当面はユニットケアリーダー研修を受講した従業者(研修受講者)を各施設に2名以上配置する(2ユニット以下の施設の場合は1名でよい)ほか、研修受講者が配置されていないユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者を決めることで足りるとする。</p>	基準条例第189条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>(注) 別シートの「勤務実績表(実地指導月の前々月)」を添付してください。なお、勤務実績表については次の事項を記入例を参考に明記してください。</p> <p>①常勤職員の勤務すべき1週間の勤務時間数(業種によって常勤時間数を異なるものとしている場合、根拠となる就業規則等を添付してください)</p> <p>②兼務を含めた職種</p> <p>③勤務形態</p> <p>④氏名</p> <p>⑤1日毎の勤務時間数</p> <p>また、既存の勤務を管理した表が勤務実績表の項目を満たすものであれば、その添付により代えることができます。</p>																

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該 当	
<b>II 設備基準</b>						
設備	居室は次の基準を満たしていますか。 ・一の居室の定員が1人となっている ※夫婦で利用するなど、入居者へのサービスの提供上必要と認められる場合は、二人とすることができる。 ・いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接している ・1ユニットの定員はおおむね10人以下である (1) 居室の床面積が次のいずれかを満たしている ・ユニット型個室 (入居者一人当たりの床面積が10.65㎡以上) ※二人定員の居室は21.3㎡以上とする ・ユニット型個室的多床室 (入居者一人当たりの床面積が10.65㎡以上でユニットに属さない居室を改修したもの) ・プザー又はこれに変わる設備が設けられている	基準条例 第182条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	共同生活室は次の基準を満たしていますか。 ・いずれかのユニットに属している ・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している (2) 床面積はユニットの入居定員×2㎡以上となっている ・食事や談話に適したテーブル、椅子などの必要な設備及び備品を備えている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	洗面設備は次の基準を満たしていますか。 (3) 居室ごとまたは共同生活室ごとに適当数設けられている ・要介護者が使用するのに適したものとなっている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	便所は次の基準を満たしていますか。 (4) 居室ごとまたは共同生活室ごとに適当数設けられている ・プザー又はこれに変わる設備が設けられている ・要介護者が使用するのに適したものとなっている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(5) 浴室は要介護者が入浴するのに適したものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(6) 医務室は入居者を診療するために必要な医薬品及び医薬機器が備えられていますか。 また必要に応じて臨床検査設備が設けられていますか。 ※本体施設が指定介護老人福祉施設であるサテライト型の場合は医務室を必要とせず、入居者を診療するために必要な医薬品、医薬機器及び必要に応じて臨床検査設備が設けられていれば足りるものとする。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(7) 廊下幅は1.5m以上となっていますか。 また、中廊下の幅は1.8m以上となっていますか。 ※廊下の一部を拡張すること等により、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ときはこれによらないことができる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(8) 消防用設備及び必要な備品を整備し、点検がされていますか。 ・消火器(全施設) ・自動火災報知設備(全施設) ・漏電火災警報器(基準:延べ面積300㎡以上) ・消防機関へ通報する火災報知設備(全施設) ・避難口誘導灯、通路誘導灯、誘導標識(全施設) ・スプリンクラー設備(原則全施設) ・屋内消火栓設備(基準:延べ面積700㎡以上) ・非常警報設備(基準:収容人員50人以上) ・避難器具(基準:2階以上の階で収容人員20人以上)	消防法施行令 (別表1 六(ロ) に該当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
定員の遵守	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。 ※ただし、災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	基準条例 第190条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該 当	
<b>Ⅲ 運営基準</b>						
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、あらかじめ、利用申込者またはその家族に対し、次の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、書面で利用申込者の同意を得ていますか。 (1) ・重要事項に関する規程の概要 ・従業者の勤務の体制 ・事故発生時の対応 ・苦情処理の体制等 ・提供するサービスの第三者評価の実施状況	基準条例 第191条 (準用第 10条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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いませんか。	基準条例 第191条 (準用第 11条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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等、自らが適切なサービスを提供することが困難である場合は、適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院を紹介する等の適切な措置をすみやかに講じていますか。	基準条例 第191条 (準用第 155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、被保険者証により入居者の被保険者資格、要介護認定の有無及び有効期間を確認していますか。	基準条例 第191条 (準用第 13条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 被保険者証に認定審査会の意見書が記載されている時は、その意見に配慮したサービスの提供に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
要介護認定 の申請に係 る援助	(1) 利用申込者が要介護認定を受けていない時は、認定申請が速やかに行われるよう必要な援助を行っていますか。	基準条例 第191条 (準用第 14条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 必要に応じ、有効期間が終了する30日前までには更新申請が行われるよう援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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。	基準条例 第191条 (準用第 156条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) ①入所を待っている申込者がいる場合、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、介護を受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めていますか。  ②優先的な入所の取扱いについて、透明性及び公平性が認められる取扱いとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) ①申込者の入所に際して、計画担当介護支援専門員は指定居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めていますか。  ②入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での生活へ移行する必要があること、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行っていますか。	基準条例 第191条 (準用第 156 条, 169 条)  基準条例 第191条 (準用第 156条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) ①計画担当介護支援専門員は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討していますか。 また、検討に当たって、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。  ②計画担当介護支援専門員は、居宅において日常生活を営むことができると認められた入所者に対し、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、円滑な退居のために必要な援助を行っていますか。	基準条例 第191条 (準用第 156 条, 169 条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 退所の際、計画担当介護支援専門員は、次のことに努めていますか。 ・指定居宅介護支援事業者への情報提供 ・次の者との密接な連携 ・保健医療サービス又は福祉サービスを提供するもの ・主治の医師 ・居宅介護支援事業者 ・市	基準条例 第191条 (準用第 156 条, 169 条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該当	
サービス提供の記録	(1) ①入所年月日並びに入所施設の種類及び名称を入所者の被保険者証に記載していますか。	基準条例第191条(準用第157条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	②退所の年月日を入所者の被保険者証に記載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。 ・サービスの提供日 ・具体的なサービスの内容 ・入居者の心身の状況 ・その他必要な事項		<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、その入居者から利用料の一部として、サービス費用基準額から事業者を支払われた額を控除して得た額の支払いを受けていますか。	基準条例第183条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(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の利用料と、サービス費用運営基準額との間に、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"/>	
	(3) 上記の利用料のほかには、下記の費用以外の支払を受けていませんか。 ①食事の提供に要する費用 ②居住に要する費用 ③特別な居室の提供を行なったことに伴い必要となる費用 ※費用の支払を受ける場合、次の基準を満たしていること ・定員が一人又は二人である ・定員の合計数が施設定員の半数を超えない ・入居者一人当たりの床面積が10.65㎡以上 ・施設、設備等が、費用の支払を受けるのにふさわしいものである ・入居者の選択に基づく提供であり、サービス提供上の必要性から行なわれるものではない ・必要となる費用の額が運営規程に定められている ・追加的費用であることを入居者又はその家族に明確に説明した上で契約を締結している ④特別な食事の提供を行なったことに伴い必要となる費用 ※費用の支払を受ける場合、次の基準を満たしていること ・通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行うなど、通常の額を超えて支払を受けるのにふさわしいものである ・医師との連携の下に、管理栄養士又は栄養士による入居者ごとの医学的及び栄養学的な管理が行われている ・食堂、食器等の食事の提供を行なう環境の衛生管理がなされている ・特別な食事の提供により、それ以外の食事の質を損なわない ・支払を受ける額が通常の食費との差額となっている ・あらかじめ入居者又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入居者等の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにすることとしている ・事業所等の見やすい場所に、次の事項の掲示を行っている ・毎日又は予め定められた日に、予め希望した入居者に対して、入居者が選定する特別な食事の提供を行えること ・特別な食事の内容及び料金 ・追加的費用であることを入居者又はその家族に明確に説明した上で契約を締結している ⑤理美容代 ⑥上記のほか、サービスの提供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費用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) (3)の費用について ・あらかじめ、入居者又はその家族に対しその内容及び費用について文書を交付して説明を行っていますか ・入居者の同意を得ていますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該当	
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サービスに係る利用料の支払を受けた場合、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。	基準条例第191条(準用第23条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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) 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なわれていますか。	基準条例第184条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われていますか。		<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われていますか。		<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"/>		
	(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、サービス計画の目標や内容、行事及び日課等を含めたサービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(6) 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、身体的拘束その他行動を制限する行為(身体拘束等)を行っていませんか。 ※介護保険指定基準上、入居者の身体拘束が認められるのは『切迫性』『非代替性』『一時性』の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	やむを得ず身体拘束等を行っている場合には、その様態及び時間、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。	基準条例第184条第169条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) ①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。  ②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。  ※指針に盛り込む項目 ・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 ・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 ・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 ・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 ・身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ・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  ③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(年2回以上及び新規採用時)に実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(8) 自らその提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
地域密着型サービス計画の作成	(1) 管理者は、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画の作成を担当させていますか。	基準条例第191条(準用第160条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 計画担当介護支援専門員は、入居者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外(当該地域の住民による入居者の話し相手や会食などの自発的な活動によるサービス等)の利用も含めてサービス計画上に位置付け、総合的な計画となるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該 当	
	(3) ①計画担当介護支援専門員は、サービス計画作成に当たってアセスメントを行っていますか。  ②アセスメントに当たって、次の項目を満たしていますか。 ・手法として合理的と認められる適切な手法を用いている ・入居者及びその家族に面接している ・面接の際、面接の主旨を入居者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	サービス計画の原案の作成に当たって、次の項目を満たしていますか。 ・入居者の希望及びアセスメントの結果に基づいている ・入居者の家族の希望を勘案している ・次の内容が記載されている ・入居者及びその家族の生活に対する意向 (4) ・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 ・施設サービス計画書第1表及び第2表に相当するものである		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(5) サービス計画の原案の内容について、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、具体的なサービスの内容として何ができるかなど、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"/>		
	(6) 介護計画の作成に当たって、その内容について入居者又はその家族に対して説明し、文書による同意を得ていますか。また、作成した計画を入居者に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(7) ①計画作成後、モニタリングを行い、必要に応じてサービス計画の変更を行っていますか。  ②モニタリングに当たって次の項目を満たしていますか。 ・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っている ・定期的に入居者に面接している ・定期的モニタリングの結果を記録している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(8) 下記に該当する場合、サービス担当者会議の開催や担当者に対する照会等により、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。 ・入居者が要介護更新認定を受けた場合 ・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"/>	
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、自立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、適切な技術をもって行なわれていますか。	基準条例 第185条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 入居者の日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割り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"/>		
	(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浴の機会を提供していますか。 ※一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けること。 ※やむを得ない場合には、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) ①心身の状況や排せつ状況をもとに、適切な方法によりトイレ誘導や排せつ介助等を実施し、排せつの自立について必要な援助を行っていますか。  ②おむつを使用せざるを得ない場合、心身及び活動の状況に適したおむつを提供するとともに、おむつ交換はただ頻繁に行うのではなく、排せつ状況を踏まえて適切に実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、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"/>	
	(6) (1)～(5)のほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 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"/>		



地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該 当	
食事	(1) 食事の提供について次の項目を満たしていますか。 ・入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供している ・心身の状況に応じて、できる限り自立して自分のペースで食事を採ることができるよう十分な時間を確保している ・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、入居者ができる限り離床して共同生活室で食事を取ることを支援している	基準条例 第186条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 食事の内容について次の項目を満たしていますか。 ・栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮している ・地産地消の観点に基づき、地域で生産された食材を使用し及び地域の特色ある食事又は伝統的な食事を提供するよう努めている ・食事内容について、医師または栄養士を含む会議において検討が加えられている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3) ①あらかじめ作成された献立に従って調理されていますか。 ②その実施状況が明らかになっていますか。 ③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"/>	
	(4) 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なっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(5) 業務委託を行う場合、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体制及び契約内容となっており、食事サービスの質が確保されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 入居者に対し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"/>	
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ていますか。	基準条例 第191条 (準用第 163条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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、教養または娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、同好会やクラブ活動などを含め、入居者が自立的に行うこれらの活動を支援していますか。	基準条例 第187条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等(郵便、証明書等の交付申請等)を入居者又はその家族が行うことが困難な場合は、その者の同意を得て、代行していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) 入居者と家族の面会の場所や時間等について、入居者やその家族の利便に配慮したものとすよう努めていますか。 また、居室が家族や友人が来訪・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・宿泊できるよう配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(5) 入居者の希望や心身の状況を踏まえながら、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"/>		
機能訓練	入居者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っていますか。	基準条例 第191条 (準用第 165条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
健康管理	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。	基準条例 第191条 (準用第 166条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入居者の入 院期間中の 取り扱い	①入居者が病院又は診療所に入院をする必要が生じ、三か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及び家族の希望等を勘案し、その者及び家族の同意を得たの上での入退院の手続等、必要に応じた適切な便宜を供与していますか。	基準条例 第191条 (準用第 167条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び円滑に入居することができるようにしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
入居者に関する市への通知	入居者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞無く、意見を付してその旨を市に通知していますか。 ・ 正当な理由なしに、サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 ・ 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	基準条例第191条(準用第29条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
緊急時等の対応	サービスの提供を行っているときに入居者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めていますか。	基準条例第191条(準用第167条の2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
管理者による管理	管理者は専従かつ常勤の者となっていますか。  ※ただし、次の項目に該当し、かつ管理上支障がない場合は兼務することができる。 ・ 同一施設の従業者との兼務 ・ 同一敷地内の他の事業所、施設等の管理者又は従業者との兼務 ・ (サテライト型の場合) 本体施設の管理者又は従業者との兼務 (本体施設が病院又は診療所の場合、管理者の兼務は不可)	基準条例第191条(準用第168条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
管理者の責務	(1) 管理者は、従業者の管理、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。	基準条例第191条(準用第60条の11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 管理者は、従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
運営規程	次に掲げる内容について定めていますか。 ・ 施設の目的及び運営の方針 ・ 従業者の職種、員数及び職務の内容 ・ 入居定員 ・ ユニットの数及びユニットごとの入居定員 ・ 指定地域密着型生活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 ・ 施設の利用に当たっての留意事項 ・ 緊急時等における対応方法 ・ 非常災害対策 ・ その他施設の運営に関する重要事項	基準条例第188条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
勤務体制の確保等	入居者に対し、適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。  (1) ①月ごとに勤務表を作成していますか ②次の内容について明確になっていますか ・ 従業者の日々の勤務時間 ・ 常勤・非常勤の別 ・ 看護職員及び介護職員等の配置 ・ 管理者との兼務関係	基準条例第189条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次に掲げる職員配置を行わなければならない。 (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すること。 (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すること。 (3) 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"/>		
	(3) 当該施設の職員によってサービスが提供されていますか。 ※ただし、調理業務、洗濯等の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はない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) 従業者に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
非常災害対策	(1) 想定される災害の種類(土砂災害、地震・津波・風水害・火災等)ごとに、その程度及び規模に応じた非常災害に対する具体的計画を立てていますか。	基準条例第191条(準用第60条の15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
	(2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備するとともに、常に地域社会との連携を図ることにより非常災害時に地域住民の協力が得られる体制づくりに努め、それらの取組を定期的に従業員に周知していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3) 非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
衛生管理等	(1) ①入居者の使用する施設その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。  ②調理及び配膳に伴う衛生を、食品衛生法等関係法規に準じて行っていますか。 また、使用する食器等の消毒が適正に行われていますか。	基準条例第191条(準用第173条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3) 感染症が発生し、又はまん延しないよう次の措置を講じていますか。 ・感染症およ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をおおむね三月に一回以上開催し、その結果について介護職員その他の従業員に周知徹底を図る ・感染症および食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備する ・介護職員及びその従業員に対し、感染症およ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する ・「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」(H18.3.31厚労省告示)に沿った対応を行う		<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、常に密接な連携を保っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(5) 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、関係通知に基づき適切な措置を講じていますか。		<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"/>		
	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。	基準条例第191条(準用第174条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) あらかじめ協力歯科医療機関を定めるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
掲示	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。	基準条例第191条(準用第35条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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。	基準条例第191条(準用第175条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(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、必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3) 指定居宅介護支援事業者等に入居者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書で入居者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
広告	広告の内容は虚偽又は誇大なものになっていませんか。	基準条例第191条(準用第37条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	(1) 居宅介護支援事業者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。	基準条例第191条(準用第176条)	<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、当該施設からの退居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受受していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠 条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び 改善方法(別紙可)
			適	不適	非 該 当	
苦情処理	(1) 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必要な措置を講じていますか。 ・相談窓口、苦情処理の体制及び手順等苦情を処理するために講ずる措置の概要を明らかにしている。 ・利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に、苦情に対する対応の内容について記載している。 ・苦情に対する対応の内容について事業所に掲示している。	基準条例第191条(準用第39条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 苦情を受け付けた場合に、計画担当介護支援専門員が受付日及びその内容を記録していますか。 また、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取り組みを自ら行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 苦情に関して市が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合はそれによって必要な改善を行っていますか。 また、市からの求めがあった場合にはその改善内容を報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合はそれによって必要な改善を行っていますか。 また、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合にはその改善内容を報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 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事業に協力するように努めていますか。	基準条例第191条(準用第60条の17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域との連携等	(1) 入居者、入居者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は地域包括支援センターの職員、当該サービスに知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置していますか。	基準条例第191条(準用第60条の17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 運営推進会議をおおむね2月に1回以上開催し、活動状況を報告し、評価を受け、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3) 運営推進会議の内容(報告、評価、要望、助言等)について記録を作成し、当該記録を公表していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) 地域住民又はその自発的な活動(ボランティア団体)等との連携及び協力を行う等、地域との交流を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
事故発生の防止及び発生時の対応	(1) ①事故が発生した場合の対応、報告の方法等及び次の項目が盛り込まれた、事故防止のための指針を整備していますか。 ・施設における介護事故の防止に関する基本的考え方 ・介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 ・介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 ・施設内で発生した介護事故等の報告方法等—の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 ・介護事故等発生時の対応に関する基本方針 ・入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ・その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針  ②事故が発生又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事態が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制が整備されていますか。  ③事故発生の防止のための委員会を設置し、定期的を開催していますか。  ④従業者に対する研修を定期的に行っていますか。	基準条例第191条(準用第177条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに市、当該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"/>	

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自己点検シート(ユニット型)

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
	(3) (2)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。また、その記録を5年間保管していますか。	基準条例第191条(準用第177条,169条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 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"/>	
会計の区分	(1) 他の事業所と経理を区分していますか。	基準条例第191条(準用第42条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 他の事業と会計を区分していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
記録の整備	(1) 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	基準条例第191条(準用第178条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(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。 ・地域密着型施設サービス計画 ・具体的なサービスの内容等の記録 ・身体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 ・入居者に関する市への通知に係る記録 ・苦情の内容等の記録 ・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 ・運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
暴力団の排除	(1) 暴力団が県内の事業活動及び県民生活に不当な影響を及ぼす反社会的な団体であることを認識した上で、暴力団を恐れないこと、暴力団に対して資金を提供しないこと及び暴力団を利用しないことという新潟県暴力団排除条例(平成23年新潟県条例第23号)の基本理念にのっとり事業を運営していますか。	県条例第8条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>IV 変更の届出等</b>						
変更の届出等	次の事項に変更があったとき、又は休止した事業を再開したときは、10日以内に、その旨を市長に届けていますか。 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書又は条例等 ④ (本体施設がある場合)本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間 ⑤ (併設する施設がある場合)併設する施設の概要 ⑥ 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 ⑦ 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 ⑧ 運営規程 ⑨ 協力病院名(歯科含む)及び診療科名並びに契約内容 ⑩ 地域密着型介護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 ⑫ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号(定員の増加に伴うもの) ○ 事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類(管理者の変更又は役員の変更に伴うもの) ○ 誓約書	介護保険法第78条の5 介護保険法施行規則第131条の13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



勤務実績表

# 記入例

事業所名	特別養護老人ホーム ○○の里	夜勤時間帯	
サービスの種類	地域密着型介護老人福祉施設	17 : 00 ~ 9 : 00	
当該事業所における常勤の従業者(1人当たり)が1週間に勤務すべき時間数	40	時間	

( 年基準上規定されている職種の全職員について記載すること )

職種	勤務形態	氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	勤換算 人数	備考
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火		
管理者	B	●田●男	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	0	0	×	×	8	8	0	8	8	×	×				生活相談員と兼務	
			兼務の職種別に勤務時間を区分して、職種別に表記すること																									兼務状況を明記すること
医師	D	■上■郎	2	×	2	×	2	×	×	2	×	2	×	2	×	×	2	×	2	×	2	×	×				嘱託医	
生活相談員	A	△山△子	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	研修	研修	×	×	8	8	有休	8	8	×	×				社会福祉士	
生活相談員	B	●田●男	0	0	0	0	0	×	×	0	0	0	8	8	×	×	0	0	8	0	0	×	×				社会福祉士、管理者と兼務	
介護職員	A	◇川◇花	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	有休	有休	×	×	8	8	8	8	8	×	×					
介護職員	C	○富○恵	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×					
介護職員	D	▲下▲子	6	6	×	0	6	×	×	6	0	×	6	6	×	×	0	0	0	×	6	×	×				看護職員と兼務	
看護職員	A	□藤□子	8	8	8	有休	8	×	×	8	有休	8	8	8	×	×	研修	研修	研修	8	8	×	×				看護師	
看護職員	B	◆海◆美	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×				准看護師、機能訓練指導員と兼務	
看護職員	D	▲下▲子	0	0	×	6	0	×	×	0	6	×	0	0	×	×	6	6	6	×	0	×	×				准看護師、介護職員と兼務	
機能訓練指導員	B	◆海◆美	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×				看護職員と兼務	

省略

- 注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
- 注2: 1日毎の勤務時間数記入すること。公休の場合は「×」を記入、その他は内容が分かる表記とすること。(例: 有給休暇 → 「有休」、育児休暇 → 「育休」等)
- 注3: 勤務時間数を記入するに当たっては、夜勤時間帯が分かるように記入にすること。(例: セルの色つけ、丸数字等)
- 注4: 基準上規定されている職種の全職員について、職種ごとに分けて記入すること。
- 注5: 兼務職員は、兼務状況が分かるように記入すること。
- 注6: 特定の資格が必要な職種は、「備考」欄にその資格名を記入すること。
- 注7: 既存の勤務を管理した表が勤務実績表の項目を満たすものであれば、その添付により代えることができる。

## 自己点検表(加算等一覧)

地域密着型 介護老人福祉施設	算定した加算等の名称

※ 実地指導月の前々月から過去2年間で算定した加算・減算の名称(介護福祉施設サービスコード表の「サービス内容略称」)を記載してください)



## 地域密着型介護福祉施設サービス 自己点検表（加算等）

※加算等一覧に記入したものを自己点検してください。  
 なお、現地確認を容易にするため、実地指導時には算定根拠となった書類をあらかじめ準備しておいてください。

**【添付書類】**

※ 看護職員・介護職員の夜勤時間帯を含んだ人員配置が分かる勤務シフト表を添付してください。

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算（夜減）	利用者数25人以下	<input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満	
	利用者数26人以上60人以下	<input type="checkbox"/> 看護・介護2人未満	
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
ユニットケア体制未整備減算（未減）	日中常時1名以上の介護又は看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
	ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底。	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための指針を整備。	<input type="checkbox"/> 未整備	
	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を実施。	<input type="checkbox"/> 未実施	
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、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旧措置入所者経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表1を作成すること
	算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち要介護4・5の者が7割以上、算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち介護を必要とする認知症入所者（日常生活自立度Ⅲ以上）が6割5分以上又はたんの吸引等を必要とする者が1割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護福祉士の数が常勤換算方法で6：1以上の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	サービス提供体制強化加算の算定をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	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、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又はユニット型旧措置入所者経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表1を作成すること
	算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち要介護4・5の者が7割以上、算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち介護を必要とする認知症入所者(日常生活自立度Ⅲ以上)が6割5分以上又はたんの吸引等を必要とする者が1割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護福祉士の数が常勤換算方法で6:1以上の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	サービス提供体制強化加算の算定をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制加算(Ⅰ)イ	地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤の看護師を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制加算(Ⅰ)ロ	経過的ユニット型経過的地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型旧措置入所者経過的地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤の看護師を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制加算(Ⅱ)イ	地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/> 該当	連絡体制が把握できる資料を事前に送付すること
	看護職員を常勤換算で2名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	24時間連絡体制(連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等)が周知されている	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
看護体制加算(Ⅱ)□	経過的ユニット型経過的地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型旧措置入所者経過的地域密着型介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員を常勤換算で2名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> 該当	連絡体制が把握できる資料を事前に送付すること
	24時間連絡体制(連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等)が周知されている	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること 以下の場合は夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること ・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算(Ⅰ)□	経過的地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること 以下の場合は夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること ・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	ユニット型地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること 以下の場合には夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること ・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	ユニット型経過的地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること 以下の場合には夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること ・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ	地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること 以下の場合には夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること ・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること	<input type="checkbox"/>	該当
	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人以上配置していること。 a 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のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了した介護福祉士（喀痰吸引業務の登録必要） b 特定登録証の交付を受けた特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要） c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要） d 社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従事者（特定行為業務の登録必要）	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤職員配置加算（Ⅲ） □	<p>経過的地域密着型介護福祉施設</p> <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること            以下の場合には夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置</li> <li>・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること</li> </ul> <p>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人以上配置していること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 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のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了した介護福祉士（喀痰吸引業務の登録必要）</li> <li>b 特定登録証の交付を受けた特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要）</li> <li>c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要）</li> <li>d 社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従事者（特定行為業務の登録必要）</li> </ul>	<p>□ 該当</p> <p>□ 該当</p> <p>□ 該当</p>	
夜勤職員配置加算（Ⅳ） イ	<p>ユニット型地域密着型介護福祉施設</p> <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること            以下の場合には夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置</li> <li>・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること</li> </ul> <p>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人以上配置していること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 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のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了した介護福祉士（喀痰吸引業務の登録必要）</li> <li>b 特定登録証の交付を受けた特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要）</li> <li>c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要）</li> <li>d 社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従事者（特定行為業務の登録必要）</li> </ul>	<p>□ 該当</p> <p>□ 該当</p> <p>□ 該当</p>	

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤職員配置加算 (IV) □	ユニット型経過的地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回ること 以下の場合には夜勤職員の最低基準を10分の9以上上回ること ・入所者の動向を検知できる見守り機器を、当該指定介護老人福祉施設の入所者の数の100分の15以上の数設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること	<input type="checkbox"/> 該当	
	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人以上配置していること。 a 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のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了した介護福祉士（喀痰吸引業務の登録必要） b 特定登録証の交付を受けた特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要） c 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者（喀痰吸引業務の登録必要） d 社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従事者（特定行為業務の登録必要）	<input type="checkbox"/> 該当	
準ユニットケア加算	12人を標準とするユニットでケアを実施	<input type="checkbox"/> あり	
	個室的なしつらえ、準ユニットごとに共同生活室の設置	<input type="checkbox"/> あり	
	日中、準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	夜間、深夜に2準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	準ユニットごとに常勤のユニットリーダー配置	<input type="checkbox"/> 配置	

点検項目	点検事項	点検結果	
生活機能向上連携加算	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事業所を訪問し、事業所の機能訓練員等と共同してアセスメント、入所者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表2を作成すること
	上記アセスメント、入所者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行う際に、理学療法士等は、機能訓練指導員等に、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	医療提供施設が病院である場合、許可病床数が200床未満もしく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っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別機能訓練計画には、入所者ごとにその目標、実施期間、実施方法等の内容を記載している。 また、目標については、入所者又はその家族の意向及び担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、当該入所者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別機能訓練計画に基づき、入所者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、入所者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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、理学療法士等が事業所を訪問し、機能訓練員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が入所者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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、入所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、当該入所者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切に対応を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、入所者ごとに保管され、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧可能	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
個別機能訓練加算	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 作成	当該加算を算定している場合は、加算別表3を作成すること
	個別機能訓練開始時の利用者への説明・記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
	訓練の効果、実施方法等に対する評価等	<input type="checkbox"/> あり	
	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、常に個別機能訓練の従事者により閲覧可能	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	利用者に「認知症の行動・心理状況」が認められ、緊急に施設入所が必要と医師が判断し、介護支援専門員・受入先職員と連携し、利用者又は家族の同意を得て施設入所、短期入所を開始	<input type="checkbox"/> あり	当該加算を算定している場合は、加算別表4を作成すること
	退所に向けた施設サービス計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	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 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、短期利用認知症対応型共同生活介護、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が、直接、本施設に入所していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断した医師が診療録等に症状、診断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> あり	
	入所した日から7日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設は判断を行った医師名、日付、留意事項等を介護サービス計画書に記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	個室等の療養にふさわしい設備がある	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者は入所前一月の間に当該施設に入所したことがなく、他サービス等でも当該加算を算定したことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者を中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
常勤医師配置加算	専ら職務に従事する常勤の医師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	



点検項目	点検事項	点検結果	
精神科医師配置加算	医師が診断した認知症入所者が全入所者の1/3以上	<input type="checkbox"/> 満たす	当該加算を算定している場合は、加算別表5を作成すること
	精神科担当医師が月2回以上定期的に療養指導を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	常勤医師加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない	
	配置医師が精神科を兼ねる場合	<input type="checkbox"/> 5回目以降	
	療養指導の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	
障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	視覚、聴覚・言語、重度の知的障害・精神障害のある者が15人以上又は占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 満たす	当該加算を算定している場合は、加算別表6を作成すること
	専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	障害者生活支援員として点字の指導、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司、精神保健福祉士等の要件を満たす	<input type="checkbox"/> 満たす	
障害者生活支援体制加算（Ⅱ）	視覚、聴覚・言語、重度の知的障害・精神障害のある者が占める割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 満たす	当該加算を算定している場合は、加算別表6を作成すること
	専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員2名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	障害者生活支援員として点字の指導、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司、精神保健福祉士等の要件を満たす	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	
外泊時費用	外泊をした場合に所定単位数に代えて算定	<input type="checkbox"/> 6日以下	当該加算を算定している場合は、加算別表7を作成すること
	初日及び最終日の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない	
	併設の医療機関に入院した場合、入院日以降の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない	
	短期入所生活介護のベッドの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	入院の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供を実施	<input type="checkbox"/> なし	
外泊時在宅サービス利用の費用	外泊時に介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合に所定単位数に代えて算定	<input type="checkbox"/> 6日以下	当該加算を算定している場合は、加算別表7を作成すること
	医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等居宅において在宅サービス利用を行う必要性について検討	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又はその家族に加算の趣旨を説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	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	<input type="checkbox"/> あり	
	在宅サービス計画に基づき居宅サービスを提供し、居宅サービスの提供を行わない場合は算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	短期入所生活介護のベッドの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	当該加算を算定している場合は、加算別表8を作成すること
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入所(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> なし	
	30日超の入院後の入所	<input type="checkbox"/> あり	
再入所時栄養連携加算	経口により食事を摂取していた者が、入院し、入院中に経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となり、退院後直ちに再入所	<input type="checkbox"/> 該当	
	管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導又はカンファレンスに同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の連携して再入所後の栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者又はその家族からの再入所後の栄養ケア計画に対する同意	<input type="checkbox"/> あり	
	栄養マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定している	

点検項目	点検事項	点検結果	
退所前訪問相談援助加算	入所期間が1月超と見込まれる者が退所後居宅サービス等を行う場合	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表9を作成すること
	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが入所者が退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し相談援助を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定は1回のみ ※ただし、入所後早期に退所に向けた相談援助の必要がある場合は2回まで可	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導は、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実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	
退所後訪問相談援助加算	入所期間が1月超と見込まれる者が退所後居宅サービス等を行う場合	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表9を作成すること
	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが退所後30日以内に入所者の居宅を訪問し、利用者及び家族に対し相談援助を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定は1回のみ	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導は、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実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	

?

点検項目	点検事項	点検結果	
退所時相談援助加算	入所期間が1月超	<input type="checkbox"/> 満たす	当該加算を算定している場合は、加算別表10を作成すること
	退所時に入所者等に対し退所後の居宅サービス等についての相談援助を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所日から2週間以内に市町村、老人介護支援センターに対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	
退所前連携加算	入所期間が1月超	<input type="checkbox"/> 満たす	当該加算を算定している場合は、加算別表11を作成すること
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	
栄養マネジメント加算	常勤の管理栄養士1名以上を配置（1人の管理栄養士が同一敷地内の他の介護保険施設（1施設のみ）と兼務の場合にも算定可。）	<input type="checkbox"/> あり	当該加算を算定している場合は、加算別表12を作成すること
	栄養アセスメントを踏まえ医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者又はその家族に栄養ケア計画を説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	上記同意が得られた日から栄養マネジメント加算の算定開始	<input type="checkbox"/> 満たす	
	栄養ケア計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し（リスク高）	<input type="checkbox"/> おおむね2週間ごとに実施	
	〃（リスク低）	<input type="checkbox"/> おおむね3月ごとに実施	
	栄養状態の把握（体重測定等）	<input type="checkbox"/> 少なくとも1回/月実施	
	入所時及びおおむね3月ごとの栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> あり	
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果
低栄養リスク改善加算	低栄養リスクが「高」に該当し、栄養管理が必要であるとして医師又は歯科医師の指示(ただし、歯科医師の指示の場合は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のみ)	<input type="checkbox"/> あり
	新規入所時又は再入所時に算定	<input type="checkbox"/> 該当
	月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理のための会議を行い、低栄養状態等を改善する栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり
	入所者又はその家族に栄養ケア計画を説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり
	栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が当該入所者に対し、食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとに食事の調整等を実施	<input type="checkbox"/> あり
	低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間の算定	<input type="checkbox"/> 該当
	入所者等の同意を得た日から起算して6月以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当
	(入所者等の同意を得た日から起算して6月を超えた場合で)低栄養状態リスクの改善が認められず、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる者に対する医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> あり
	6月を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> おおむね2週間ごと
	栄養マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> あり
	経口移行加算、経口維持加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない
	褥瘡を有する場合、褥瘡マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
経口移行加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表13を作成すること
	経管により食事摂取をしている者であって、経口による食事摂取のための栄養管理及び支援が必要と医師の指示	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成（栄養ケア計画と一体のものとして作成）	<input type="checkbox"/> あり	
	経口移行計画を入所者又はその家族に説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	経口移行計画に基づく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ST又は看護職員による支援の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者等の同意を得た日から起算して180日以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	（入所者等の同意を得た日から起算して180日を超えた場合で）経口による食事摂取が一部可能になった者に対する継続管理の医師の指示	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> おおむね2週間ごと	
	誤嚥性肺炎の危険性の確認	<input type="checkbox"/> 実施	
	必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	過去経口移行加算を算定したものの経口摂取に移行できなかった入所者に対する加算算定	<input type="checkbox"/> なし	
栄養マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
経口維持加算（Ⅰ）	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表14を作成すること
	現に経口により食事を摂取している者で、摂食機能障害（水飲みテスト、造影撮影又は内視鏡検査等による。）を有し誤嚥が認められ、経口による食事摂取のための管理が必要との医師及び歯科医師の指示（ただし、歯科医師の指示の場合は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のみ）	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、ST、介護支援専門員等による入所者の栄養管理のための食事の観察及び会議の開催	<input type="checkbox"/> 月1回以上	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持計画を入所者又はその家族に説明しての同意取得	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持計画に基づき、以下の事項を踏まえた栄養管理を実施 ・ 誤嚥等が発生した場合の管理体制の整備 ・ 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者等の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	（入所者等の同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた場合で）引き続き水飲みテスト、造影撮影等により誤嚥が認められ特別な栄養管理が必要と医師又は歯科医師より指示された者から当該栄養管理をすることに対し同意を得られている場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	6月を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> おおむね1月ごと	
	栄養マネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> あり	
経口移行加算の算定	<input type="checkbox"/> なし		

点検項目	点検事項	点検結果	
経口維持加算（Ⅱ）	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表14を作成すること
	協力歯科医療機関の定め	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持加算（Ⅰ）の算定要件である「食事の観察及び会議」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STの参加	<input type="checkbox"/> あり	
	経口維持加算（Ⅰ）の算定	<input type="checkbox"/> あり	
口腔衛生管理体制加算	施設における歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	当該加算を算定している場合は、加算別表15を作成すること
	助言、指導を行うに当たり、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で実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔ケア・マネジメント計画に口腔ケアを推進するための課題、目標、具体的方策、留意事項等必要な事項を記載	<input type="checkbox"/> あり	
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、月2回以上の口腔ケアを実施し、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定月に訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族等に確認し、当該サービスについて説明し同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士は、入所者ごとに口腔に関する問題点、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、その他必要事項の記録を作成し施設に提出	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設は上記口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じ写しを入所者に対して提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士が、入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に応じ対応	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科衛生士は、入所者の口腔状態により医療保険対応が必要となる場合、適切な歯科医療サービスが提供されるよう、指示を受けている歯科医師及び施設に情報提供を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定月に訪問歯科衛生指導料を3回以上算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当	



点検項目	点検事項	点検結果	
療養食加算	管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	1日につき3回を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	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、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	
配置医師緊急時対応加算	医師が定期的ないし計画的に施設に赴いて実施した診療ではない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	事前に氏名等を届け出た配置医師が実際に訪問し診療を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者に対する緊急時注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	複数名の配置医師を置いている。もしくは、配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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。	<input type="checkbox"/> 該当	
	早朝（午前6時～午前8時）又は夜間（午後6時～午後10時）	<input type="checkbox"/> 1回650単位	
	深夜（午後10時～午前6時）	<input type="checkbox"/> 1回1,300単位	

点検項目	点検事項	点検結果	
看取り介護加算（Ⅰ）	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/> あり	当該加算を算定している場合は、加算別表16を作成すること
	医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が協働して入所者の介護に係る計画を作成し、入所者又はその家族等に説明のうえ同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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に応じ、多職種連携の下説明を行い、同意を得て看取り介護を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又はその家族等への説明には、入所者等への記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤看護師1名以上	<input type="checkbox"/> あり	
	常勤看護職員、または病院等の看護職員との連携により24時間の連絡体制	<input type="checkbox"/> あり	
	管理者を中心として生活相談員等による協議の上看取りに関する指針を定め、入所の際に内容を説明し同意を得ている	<input type="checkbox"/> あり	
	PDCAサイクルによる指針の見直し	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設退所等の後も継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行い、継続的関わりの中で入所者の死亡を確認している。施設退所等の際本人又は家族に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> あり	
	職員研修	<input type="checkbox"/> あり	
	個室又は静養室の利用が可能。多床室であって看取りを行う際には個室又は静養室を利用。	<input type="checkbox"/> 該当	
	（1）死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日144単位	
（2）死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日680単位		
（3）死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,280単位		

点検項目	点検事項	点検結果	
看取り介護加算（Ⅱ）	当該施設内で入所者が死亡	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表16を作成すること
	配置医師緊急時対応加算の施設基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が協働して入所者の介護に係る計画を作成し、入所者又はその家族等に説明のうえ同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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に応じ、多職種連携の下説明を行い、同意を得て看取り介護を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又はその家族等への説明には、入所者等への記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤看護師1名以上	<input type="checkbox"/> あり	
	常勤看護職員、または病院等の看護職員との連携により24時間の連絡体制	<input type="checkbox"/> あり	
	管理者を中心として生活相談員等による協議の上看取りに関する指針を定め、入所の際に内容を説明し同意を得ている	<input type="checkbox"/> あり	
	PDCAサイクルによる指針の見直し	<input type="checkbox"/> 該当	
	施設退所等の後も継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行い、継続的関わりの中で入所者の死亡を確認している。施設退所等の際本人又は家族に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> あり	
	職員研修	<input type="checkbox"/> あり	
	個室又は静養室の利用が可能。多床室であって看取りを行う際には個室又は静養室を利用。	<input type="checkbox"/> 該当	
（1）死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日144単位		
（2）死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日780単位		
（3）死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,580単位		
在宅復帰支援機能加算	算定日の属する月の前6月間の退所者（在宅・入所相互利用加算対象者を除く。）総数のうち在宅で介護を受けることとなった者（入所期間1月超）の割合が2割超	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表17を作成すること
	退所日から30日以内に居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受け、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
在宅・入所相互利用加算	あらかじめ在宅期間、最大3月の入所期間を定め、文書による合意を得ている	<input type="checkbox"/> あり	当該加算を算定している場合は、加算別表18を作成すること
	介護に関する目標、方針等について利用者等への説明及び合意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員等との支援チームの結成	<input type="checkbox"/> あり	
	おおむね月に1回(入所前、退所前は必須)のカンファレンスの実施及び記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	
小規模拠点集合型施設加算	同一敷地内で、5人以下の居住単位に入所	<input type="checkbox"/> 5人以下	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表19を作成すること
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表19を作成すること
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を上記の基準に加え1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果
褥瘡マネジメント加算	褥瘡発生に係るリスクについて、モニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回評価し、その結果を厚労省に報告	<input type="checkbox"/> 該当
	県に体制届を届け出た日に既に入所している者の褥瘡発生に係るリスクは、届出日の属する月に評価を実施	<input type="checkbox"/> 該当
	褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに関連職種の方が共同して褥瘡ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり
	褥瘡ケア計画について入所者又はその家族からの同意	<input type="checkbox"/> あり
	褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施し、記録を整備	<input type="checkbox"/> 該当
	モニタリング結果に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画の見直しを実施	<input type="checkbox"/> 該当
	3月に1回を限度に算定	<input type="checkbox"/> 該当
排せつ支援加算	要介護認定調査の方法で、排尿または排便の状態が「一部介助」または「全介助」と評価される排せつに介護を要する入所者	<input type="checkbox"/> 該当
	適切な対応を行った場合、6月以内に排せつの要介護状態が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り」等に改善することが見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断	<input type="checkbox"/> 該当
	看護師が上記判断をする場合は、当該判断について支援開始前に医師に報告している。また、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前に医師へ相談している。	<input type="checkbox"/> 該当
	医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して原因を分析、支援計画を個別に作成し、支援を継続して実施	<input type="checkbox"/> 該当
	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、軽減の見込みの内容、要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び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	<input type="checkbox"/> 該当
	支援を開始した日の属する月から起算して6月以内	<input type="checkbox"/> 該当
	同一入所期間中に算定している場合は算定しない	<input type="checkbox"/> 該当

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)イ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表20を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)ロ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表20を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表20を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算(Ⅲ)	利用者に直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合は、加算別表20を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) 【平成33年3月31日まで】	1 介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	賃金改善の計画 介護職員処遇改善計画書、改善の実施状況がわかる書類等
	2 介護職員処遇改善計画書(賃金改善計画の実施期間、実施方法、介護職員の処遇改善の計画等を記載)を作成し、全ての介護職員に周知し、県に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を県へ報告	<input type="checkbox"/> 該当	
	5 労働基準法等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	<input type="checkbox"/> 該当	
	6 労働保険料の納付を適正に行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	7 次の①、②及び③のいずれにも該当 ①介護職員の任用の際、職責又は職務内容等(賃金に関するものを含む)の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知して ②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し、それを全ての介護職員に周知している ③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断する仕組みを書面で定め、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	
	8 これまで(平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで)の介護職員の処遇改善内容、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	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) 【平成33年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①及び②に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) 【平成33年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①又は②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ) 【厚生労働大臣が定める期日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合し、かつ、7の①、②、8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算 (Ⅴ) 【厚生労働大臣が定める期日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	

# 自己点検表(加算別表)

日常生活継続支援加算

## 加算別表 1

### 重度要介護新規入所者数の推移

【実地指導実施月の前々月以前の各月末時点の状況】

重度要介護者数 ※	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
要介護4の新規入所者数 ①																
要介護5の新規入所者数 ②																
合計 ③ (①+②)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新規入所者総数 ④																
③/④	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
直近6月平均									#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
直近12月平均															#DIV/0!	#DIV/0!

※ 各月の新規入所者の状況を記入すること。

### 重度認知症新規入所者数の推移

重度認知症者数 ※	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日常生活自立度IIIの新規入所者数 ①																
日常生活自立度IVの新規入所者数 ②																
日常生活自立度Mの新規入所者数 ③																
合計 ④ (①+②+③)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新規入所者総数 ⑤																
④/⑤	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
直近6月平均									#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
直近12月平均															#DIV/0!	#DIV/0!

※ 各月の新規入所者の状況を記入すること。

### 喀痰吸引等実施入所者数の推移

入所者延数	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
直近3月合計 ①				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
喀痰吸引が必要な入所者延数																
直近3月合計 ②				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
経管栄養が必要な入所者延数																
直近3月合計 ③				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
②/①	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
③/①	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 月末時点での状況を記入すること。

### 介護福祉士数の割合の推移

介護福祉士の員数(常勤換算) ①	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
前年度平均入所者数 ②																
①/②	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
直近3月平均				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 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。



# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表2

### 生活機能向上連携加算

○生活機能向上連携加算を算定した入所者

入所者名	入所日	個別機能訓練計画作成日	左記計画作成で連携した事業所の名称	左記計画作成で連携した理学療法士等の職種	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者への説明日	第1回評価実施年月日	個別機能訓練計画作成日(更新・変更)	左記計画の入所者への説明日

※1 実地指導実施月の6か月前に入所した者についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の月で当該事例のある月の入所した者について記載してください。

※2 「左記計画作成で連携した事業所の名称」とは、個別機能訓練計画作成に当たって連携した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地している医療提供施設の名称を記載してください。

※3 「左記計画の入所者への説明日」については、個別機能訓練計画を入所者等に説明し(て同意をもらっ)た日を記載してください。

※4 「評価実施年月日」については、理学療法士等が施設を訪問して機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練計画の進捗状況等の評価をした日を記載してください。

第2回評価実施年月日	個別機能訓練計画作成日(更新・変更)	左記計画の入所者への説明日	個別機能訓練に関する記録		
			担当者名	訓練内容	実施時間

※ 「個別機能訓練に関する記録」の「担当者名」、「訓練内容」、「実施時間」については、個別機能訓練に関する記録の中でそれぞれ記録されている場合、「有」を、記録されていない場合、「無」と記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表3

## 個別機能訓練加算

○個別機能訓練加算を算定した入所者

入所者名	入所日	個別機能訓練計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者への説明日	第1回評価実施年月日	個別機能訓練計画作成日(更新・変更)	左記計画の入所者への説明日	第2回評価実施年月日	個別機能訓練に関する記録		
									担当者名	訓練内容	実施時間

※1 実地指導実施月の6か月前に入所した者についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の月で当該事例のある月の入所した者について記載してください。

※2 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」とは、個別機能訓練計画作成に当たって共同して作成した者の職種を記載してください。

※3 「左記計画の入所者への説明日」については、個別機能訓練計画を入所者等に説明し(て同意をもらっ)た日を記載してください。

※4 「個別機能訓練に関する記録」の「担当者名」、「訓練内容」、「実施時間」については、個別機能訓練に関する記録の中でそれぞれ記録されている場合、「有」を、記録されていない場合、「無」と記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表4

## 認知症行動・心理症状緊急対応加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した利用者

( 年 月)

利用者名	利用開始日	利用を適当と判断した年月日及び医師名	利用者等の同意の有無	病院、診療所、介護保険施設等からの連続利用の有無	各種留意事項の記録の有無	備考

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「利用開始日」については、当該加算を算定した際の利用開始日を記載してください。

※3 「利用を適当と判断した年月日及び医師名」については、医師が緊急に一時入所が必要と判断した年月日とその医師の名前を記載してください。

※4 「利用者等の同意の有無」については、当該利用について利用者又は家族の同意がある場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※5 「病院、診療所、介護保険施設等からの連続利用の有無」については、病院又は診療所に入院中の者、介護保険施設等に入院又は入所中の者、認知症対応型共同生活介護等を利用中の者が、直接、一時入所を開始している場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※6 「各種留意事項の記録の有無」については、介護サービス計画書に判断した医師名、日付、留意事項等を記録している場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表5

精神科医療養指導加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○認知症入所者の割合

( 年 月)

	I ①	II ②	III ③	IV ④	M ⑤	認知症老人介護加算 該当者 ⑥	計 ⑦(①~⑥)	全入所者数 ⑧	認知症割合 ⑦/⑧*100
入所者数							0		#DIV/0!

※1 ランク「I」~「M」は、医師が認知症と判断した者

※2 「認知症老人介護加算該当者」とは、旧措置入所者のうち、従来の「老人福祉法による特別養護老人ホームにおける認知症老人等介護加算制度について」(平成6年9月30日老計第131号)における認知症老人介護加算制度の対象者

【実地指導実施月の前々月の状況】

○精神科を担当する医師

( 年 月)

所属する医療機関名	標榜科名	医師名	備 考

※ 「備考」には、精神科を標榜している医療機関において精神科を担当している医師でないが、過去に相当期間、精神科を担当する医師であった場合や精神保健指定医の指定を受けているなど、その専門性が担保されている場合の根拠を記載すること

# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表6

### 障害者生活支援体制加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○視覚、聴覚若しくは言語機能に障害がある者

( 年 月)

	視覚障害者 ①	聴覚障害者 ②	言語機能障害者 ③	知的障害者 ④	精神障害者 ⑤	計 (①～⑤)
入所者数						

※1 「視覚障害者」とは、身体障害者手帳の障害の程度が1級又は2級若しくは、これに準ずる視覚障害の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障があると認められる視覚障害を有する者

※2 「聴覚障害者」とは、身体障害者手帳の障害の程度が2級又はこれに準ずる聴覚障害の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる聴覚障害を有する者

※3 「言語機能障害者」とは、身体障害者手帳の障害の程度が3級又はこれに準ずる言語機能障害等の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる言語機能障害を有する者

※4 「知的障害者」とは、療育手帳の障害の程度がA(重度)の障害を有する者又は知的障害者福祉法第12条の規定に基づき各都道府県・指定都市が設置する知的障害者更生相談所において障害の程度が、「療育手帳制度の実施について」(昭和48年9月27日児発第725号各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省児童家庭局長通知)の第3に規定する重度の障害を有する者

※5 「精神障害者」とは、精神障害者保健福祉手帳の障害等級が1級又は2級の者であって、65歳に達する日の前日までに同手帳の交付を受けた者

○障害者生活支援員の配置

【実地指導実施月の前々月の状況】

( 年 月)

障害者生活支援員名	視覚障害	聴覚障害又は 言語機能障害	知的障害	精神障害

←該当する専門性に「○」を記入してください。

※1 「視覚障害」とは、点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者を指す。

※2 「聴覚障害又は言語機能障害」とは、手話通訳等を行うことができる者を指す。

※3 「知的障害」とは、知的障害者福祉法第14条各号のいずれかに該当する者又はこれらに準ずる者を指す。

※4 「精神障害」とは、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条各号に該当する者を指す。

# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表7

### 外泊時費用

【実地指導実施月の前々月の状況】

○外泊時費用を算定した入所者

( 年 月 )

入所者名	外泊期間	外泊時費用算定期間	外泊場所	空きベッドとした居室名	空きベッドの短期入所への活用の有無
	～ ( 日間)	日間			
	～ ( 日間)	日間			
	～ ( 日間)	日間			
	～ ( 日間)	日間			
	～ ( 日間)	日間			

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「外泊場所」については、居宅、病院、旅行による宿泊等を記載してください。

※3 「空きベッドの短期入所への活用の有無」については、入所者の同意を得て、短期入所生活介護に空きベッドを活用した場合に「有」を、活用がなければ「無」を記載してください。

### 外泊時在宅サービス利用の費用

【実地指導実施月の前々月の状況】

○外泊時在宅サービスを利用した入所者

( 年 月 )

入所者名	外泊期間	算定日数	入所者の同意日	在宅サービス計画の作成日	在宅サービスの内容	空きベッドとした居室名	空きベッドの短期入所への活用の有無
	～ ( 日間)	日					
	～ ( 日間)	日					
	～ ( 日間)	日					
	～ ( 日間)	日					
	～ ( 日間)	日					

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「入所者の同意日」については、入所者又はその家族に対し、加算の趣旨を説明し、同意を得た日を記載してください。

※3 「在宅サービスの内容」については、提供した居宅サービスを記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表8

初期加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○初期加算を算定した入所者

( 年 月 )

入所者名	入所日	認知症高齢者の日常生活自立度のランク区分	短期入所からの連続入所の有無	入所日から30日間の外泊の有無	前回の入所日	備考

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「入所日」とは、当該加算算定に係る起算日となる入所日を記入してください。

※3 「短期入所からの連続入所の有無」については、当該事業所の併設又は空床利用の短期入所生活介護から日を空けずに引き続き入所したかの有無について、連続入所していた場合「有」と、日を空けて入所した場合「無」と記載してください。

※4 「入所日から30日間の外泊の有無」については、入所日から30日の期間中に外泊した場合、「有」と、外泊していなければ「無」と記載してください。

※5 「前回の入所日」については、今回の加算に係る前に入所した日を記入してください。(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も含む。)

# 自己点検表(加算別表)

加算別表9

退所(前後)訪問相談援助加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○退所(前後)訪問相談援助加算を算定した入所者

( 年 月)

入所者名	入所日	退所日	退所先	当該加算 算定に係る 訪問回数	居宅を訪問して 相談援助を行っ た年月日	訪問した職員 の職種名	相談援助の記録			備 考
							相談 日	相談 内容	記録場所	
					-----	-----				
					-----	-----				
					-----	-----				
					-----	-----				
					-----	-----				

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記載してください。

※3 「当該加算算定に係る訪問回数」には、加算算定に係る訪問回数を記載してください。基本は1回ですが、入所後早期に退所前相談援助の必要がある場合は2回が限度。

※4 「居宅を訪問して相談援助を行った年月日」には、居宅へ訪問し相談援助を行った日付けを記載してください。なお、2回算定している場合は、上段に1回目を、下段に2回目の日付けを記載してください。

※5 「相談援助の記録」の「相談日」と「相談内容」には、相談援助を行った日付けや相談内容の要点について記録してある場合、「有」、記録がなければ「無」を記載してください。また、「記録場所」には、当該記録をどこに記録しているか、例えば、施設支援経過記録に記録等を記載してください。

※6 「備考」には、当該加算を2回算定している場合の入所後早期に退所前相談援助を行う必要があった理由を記載してください。



# 自己点検表(加算別表)

加算別表10

退所時相談援助加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○退所時相談援助加算を算定した入所者

( 年 月 )

入所者名	入所日	退所日	退所先	居宅等にて利用する主な居宅サービス等	相談援助を行った職員の職種名	相談援助の記録			市町村等への情報提供		
						相談日	相談内容	記録場所	入所者の同意の有無	情報提供日	提供先

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記載してください。

※3 「居宅等にて利用する主な居宅サービス等」には、居宅において退所した入所者が利用する主な居宅サービス又は地域密着型サービスの名称について記載してください。

※4 「相談援助の記録」の「相談日」には、相談援助を行った日付を、「相談内容」には相談援助内容を以下のa～dのうちから選んで記載してください。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退所する者の介助方法に関する相談援助

また、「記録場所」には、当該記録をどこに記録しているか、例えば、施設支援経過記録に記録等を記入してください。

※5 「市町村等への情報提供」の「入所者の同意の有無」には、市町村等への情報提供について入所者から同意を得ている場合は、「有」を、同意を得ていない場合は「無」を記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表11

退所前連携加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○退所前連携加算を算定した入所者

( 年 月)

入所者名	入所日	退所日	退所先	居宅等にて利用する主な居宅サービス等	情報提供を行った職員の職種名	連携の記録(居宅介護支援事業者への情報提供)				
						入所者の同意の有無	連携を行った日	情報提供先	連携内容	記録場所

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記載してください。

※3 「居宅等にて利用する主な居宅サービス等」には、居宅において退所した入所者が利用する主な居宅サービス又は地域密着型サービスの名称について記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表12

## 栄養マネジメント加算

○栄養マネジメント加算を算定した入所者の栄養ケア計画作成状況

( 年 月 )

No.	入所者名	入所日	入所時等の栄養状態、課題の把握		低栄養状態のリスクレベル	栄養ケア計画作成日	栄養ケア計画のモニタリング間隔の記載	栄養ケア計画作成担当者及び共同作成者の職種名	栄養ケア計画の入所者等の同意取得日	第2回スクリーニング	栄養ケア計画の見直しの有無	第3回スクリーニング	栄養ケア計画の見直しの有無
			スクリーニング	アセスメント									
1													
2													
3													
4													

※1 実地指導実施月の6か月前に入所した者についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の月で当該事例のある月の入所した者について記載してください。

※2 「スクリーニング」には、栄養スクリーニングを実施した日付を、「アセスメント」には、栄養アセスメントを行った日付を、「低栄養状態のリスクレベル」には「高」、「中」、「低」を記載してください。

※3 「栄養ケア計画のモニタリング間隔の記載」には、栄養ケア計画にモニタリング間隔が記載されていればその期間を、記載されていなければ空欄としてください。

※4 「第2回スクリーニング」、「第3回スクリーニング」には、スクリーニングした日付を、「栄養ケア計画の見直しの有無」については、スクリーニング結果を受けて概ね3か月ごとに計画を見直しているかの有無を上段に、当該見直しに係る利用者等への説明の有無を下段に記載してください。

○栄養マネジメント加算を算定した入所者のモニタリング状況

No.	入所者名	モニタリング記録													体重計測							
		第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回		
1																						
2																						
3																						
4																						

※ 「モニタリング記録」、「体重計測」には、モニタリングや体重計測を実施した日付を記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表13

経口移行加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○経口移行加算を算定した入所者

( 年 月 )

入所者名	経管による食事摂取の有無	経口摂取のための栄養管理及び支援が必要として医師指示の有無	経口移行計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者等への説明・同意日	加算算定終了日	※ 180日超の加算算定の場合のみ記入					同加算算定経験の有無
							180日超の加算算定の有無	経管による一部食事摂取の有無	医師の指示①	医師の指示②	医師の指示③	
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無
	有・無	有・無					有・無	有・無				有・無

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記入してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「経管による食事摂取の有無」には、経管栄養で食事摂取を行っている入所者の場合、「有」に○を、そうでない場合、「無」に○を記入してください。

※3 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」とは、経口移行計画作成に当たって共同して作成した者の職種を記入してください。

※4 「左記計画の入所者等への説明・同意日」については、経口移行計画を入所者等に説明し同意を得た日を記入してください。

※5 「180日超の加算算定の有無」には、180日を超えて当該加算を算定している場合は「有」に、そうでない場合は「無」に○を記入してください。

※6 「経管による一部食事摂取の有無」には、経管栄養で一部食事摂取が可能な入所者の場合、「有」に○を、そうでない場合、「無」に○を記入してください。

※7 「医師の指示①～③」には、経口移行を継続する医師からの指示を受けた日付を記入してください。

※8 「同加算算定経験の有無」は以前、同加算を180日間に渡り算定したことがある場合「有」に、ない場合「無」に○を記入してください。

# 自己点検表(加算別表)

## 経口維持加算(Ⅰ)、(Ⅱ)

### 加算別表14

#### ○経口維持加算を算定した入所者

入所者名	特別な食事摂取管理が必要な根拠		経口維持計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の入所者等の同意日	加算算定終了日	※ 6月超の加算算定の場合のみ記入						
							6月超の加算算定の有無	継続して特別な食事摂取管理が必要な根拠		医師の指示①	入所者の同意	医師の指示②	入所者の同意
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					
	摂食障害の状況 誤嚥確認方法						有・無	摂食障害の状況 誤嚥確認方法					

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記入してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「特別な食事摂取管理が必要な根拠」には、摂食機能障害の状況と誤嚥確認の方法を記入・選択してください。

※3 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」とは、経口維持計画作成に当たって共同して作成した者の職種を記入してください。

※4 「左記計画の入所者等への説明・同意日」については、経口維持計画を入所者等に説明し同意を得た日を記入してください。

※5 「継続して特別な食事摂取管理が必要な根拠」には、引き続き継続する必要があると判断した、摂食機能障害の状況と誤嚥確認の方法を記入してください。

※6 「医師の指示①、②」「入所者の同意」には、経口維持を継続する医師からの指示を受けた日付、入所者の同意を得た日付を記入してください。

#### ○経口維持加算を算定した入所者の続き

入所者名	栄養管理のための食事の観察及び会議の開催状況①		左記会議等の参加者の職種	人員基準に規定する医師以外の医師の参加の有無	栄養管理のための食事の観察及び会議の開催状況②		左記会議等の参加者の職種	人員基準に規定する医師以外の医師の参加
	食事の観察	H . .			食事の観察	H . .		
	会議	H . .		有・無	会議	H . .		有・無
	食事の観察	H . .		有・無	食事の観察	H . .		有・無
	会議	H . .		有・無	会議	H . .		有・無
	食事の観察	H . .		有・無	食事の観察	H . .		有・無
	会議	H . .		有・無	会議	H . .		有・無

# 自己点検表(加算別表)

## 加算別表15

## 口腔衛生管理体制加算

### ○口腔衛生管理体制加算における口腔ケア・マネジメント計画について

計画作成日	施設で入所者の口腔ケアを推進するための課題	施設における目標	具体的方策	留意事項	施設と歯科医療機関との連携の状況	(下記で歯科衛生士が技術的助言等を行っている場合)歯科医師の指示内容の要点

※1 計画作成日については、口腔ケア・マネジメント計画を作成した日付を記入してください。

※2 貴施設で作成している口腔ケア・マネジメント計画の内容について記入してください。当該計画の写しの提出で代えることもできます。

### ○口腔衛生管理体制加算における歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に口腔ケアに係る技術的助言、指導

実施者名	職名	技術的助言・指導の実施状況(実地指導実施月の前々月から前1年間分)											
		年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
		時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯	時間帯

※1 「実施者名」には技術的助言・指導を行った者の名前を、「職名」にはその者の資格名を記載してください。

※2 「技術的助言・指導の実施状況」には、上段に実施年月日を、下段には実施時間帯を記入してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表16

看取り介護加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○看取り介護加算を算定した入所者

( 年 月 )

No.	入所者名	医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師が診断した日	入所者の死亡日	死亡した場所	退所日及び退所先	入所者の介護に係る計画		左記入所者の介護に係る計画に対する入所者家族等の同意日	居室の形態	個室でのターミナルケアの希望の確認の有無
						計画作成日	上記計画作成担当者・共同作成者の職種名			
1										有・無
2										有・無
3										有・無

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記入してください。

※2 「死亡した場所」「退所先」には、当該施設、居宅等、他の医療機関を記入してください。

※3 「居室の形態」には、入所者が亡くなられた際に利用していた居室の形態、「個室」、「多床室」等を記入してください。

※4 「個室でのターミナルケアの希望の確認の有無」には、個室でのターミナルケアの意向確認を行った場合に「有」に○を、意向確認を行わなかった場合に「無」に○を記入してください。

No.	実施に当たっての記録の有無			入所月以外の自己負担の説明及び医療機関からの情報提供		施設退所後の入所者家族への継続した指導等の記録	随時ターミナルケアを変更するために入所者家族等に説明し、同意を得ている状況						
	終末期の身体症状の変化、これに対する介護等の記録	療養や死別に関する精神的な状態の変化、これに対するケアの記録	各プロセスにおける入所者等の意向とアセスメント・対応の記録	書面での同意の有無			入所者の介護に係る計画の変更の有無	ターミナルケアの変更①		ターミナルケアの変更②			
				同意の有無	同意の日付			書面の同意の有無	入所者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録	書面の同意の有無	入所者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録
1	有・無	有・無	有・無	有・無			有・無	有・無			有・無		
2	有・無	有・無	有・無	有・無			有・無	有・無			有・無		
3	有・無	有・無	有・無	有・無			有・無	有・無			有・無		

※5 「入所月以外の自己負担の説明及び医療機関からの情報提供」とは、入所していない月で自己負担が生じる可能性や施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ね情報提供を受けることに対する入所者等への説明を指し、「書面での同意の有無」には、上段に入所月以外の自己負担について、下段に医療機関からの情報提供について、それぞれ書面で説明し同意を得ていた場合に「有」に○を、書面での同意を得ていない場合に「無」に○を記入してください。

※6 「施設退所後の入所者家族への継続した指導等の記録」とは、継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等の記録を指し、当該記録の記載場所、例えば支援経過記録等を記入してください。

※7 「口頭同意の場合の記録」には、当該記録の記載場所、例えば支援経過記録等を記入してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表17

在宅復帰支援機能加算

退所者数の推移

【実地指導実施月の前々月までの状況】

	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
退所者数 ※1 ①																	
①の前6月合計 ②	/	/	/	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①のうち在宅復帰者 ③																	
③の前6月合計 ④	/	/	/	/	/	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
④/② ⑤	/	/	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
加算算定月 ※2																	

※1 その月において、入所期間が1月を超えていた退所者数を記載すること。ただし在宅・入所相互利用加算の対象者は除く。

※2 加算を算定した日がある月に○を記載すること。

○在宅復帰者

( 年 月 )

入所者名	入所日	退所日	退所先	居宅等にて利用する主な居宅サービス等	在宅期間が1月を超える見込みであることを確認した日及びその方法	相談援助の記録		市町村等への情報提供	
						相談日	相談内容	入所者の同意の有無	提供先

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「退所先」には、居宅、他の社会福祉施設(病院、診療所及び介護保険施設を除く)など、入所者が退所して生活している場所を記載してください。

※3 「居宅等にて利用する主な居宅サービス等」には、居宅において退所した入所者が利用する主な居宅サービス又は地域密着型サービスの名称について記載してください。

※4 「相談援助の記録」の「相談日」には、相談援助を行った日付を、「相談内容」には相談援助内容を以下のa～dのうちから選んで記載してください。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退所する者の介助方法に関する相談援助

※5 「市町村等への情報提供」の「入所者の同意の有無」には、市町村等への情報提供について入所者から同意を得ている場合は、「有」を、同意を得ていない場合は「無」を記載してください。



# 自己点検表(加算別表)

加算別表18

在宅・入所相互利用加算について

【実地指導実施月の前々月の状況】

( 年 月 )

○在宅・入所相互利用加算を算定した入所者

入所者名	要介護度	在宅期間と入所期間を定めた文書同意の有無	支援チームの構成メンバー	カンファレンスの開催と評価等の実施			備 考	特定個室利用の有無
				入所前	退所前	概ね毎月		

※1 実地指導実施月の前々月についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、事例のある直近の月の状況について記載してください。

※2 「在宅期間と入所期間を定めた文書同意の有無」については、在宅期間と入所期間(3月限度)を定め、文書で同意を得ていた場合「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※3 「支援チームの構成メンバー」については、支援チームを構成している職種(施設・在宅含む)について記載してください。

※4 「カンファレンスの開催と評価等の実施」については、入所前・退所前・おおむね毎月のそれぞれのタイミングでカンファレンスを開催し、その場でそれまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、時期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録を実施していた場合は「○」を記載してください。

※5 「特定個室利用の有無」については、同一の個室を定めて利用している場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

# 自己点検表(加算別表)

加算別表19

認知症専門ケア加算

【実地指導実施月の前々月までの状況】

○日常生活に支障をきたすおそれ等のある認知症症状を有する入所者の状況等

( 年 月 )

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
重度認知症者数 ※ ① (②+③+④)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日常生活自立度Ⅲの入所者数 ②														
日常生活自立度Ⅳの入所者数 ③														
日常生活自立度Ⅴの入所者数 ④														
入所者総数 ⑤														
重度認知症者の割合 ①/⑤*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
認知症介護に係る専門的な研修修了者数														

※ 月末時点の状況を記入すること。

○認知症介護(の指導)に係る専門的な研修修了者

職員名	受講した研修名及び受講年月日	認知症ケアの指導

※ 「認知症ケアの指導」には、施設全体の認知症ケアの指導を行っている者に○を記入してください。

○専門的な認知症ケアのチーム体制

※ 専門的な認知症ケアのチーム体制を記入してください。

○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

開催日	参加者	会議の内容

○認知症ケアに関する介護・看護職員毎の研修計画

認知症ケアに係る研修計画の有無	有 ・ 無
-----------------	-------

# 自己点検表(加算別表)

加算別表20

サービス提供体制強化加算

## サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

区 分	年												計(人)		
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月		2月	3月
① 介護職員の総数(常勤換算)															
② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)															
②/①(前年度実績が6月以上の事業所)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
②/①(前年度実績が6月未満の事業所)				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 1 介護職員に係る常勤換算にあつては、入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たつて必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。

※ 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又は研修の課程を修了している者とする。

※ 3 前年度の実績が6月に満たない事業所については、届出日の属する月の前3月の実績(常勤換算方法により算出した3月平均)による。

## サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

区 分	年												計(人)		
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月		2月	3月
① 看護・介護職員の総数(常勤換算)															
② ①のうち常勤職員の人数															
②/①(前年度実績が6月以上の事業所)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
②/①(前年度実績が6月未満の事業所)				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

## サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

区 分	年												計(人)		
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月		2月	3月
① 直接サービスを提供する職員の総数(常勤換算)															
② ①のうち勤続年数3年以上の者の人数(常勤換算)															
②/①(前年度実績が6月以上の事業所)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
②/①(前年度実績が6月未満の事業所)				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

※ 1 直接サービスを提供する職員の範囲は、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士として勤務を行う職員を指す。

※ 2 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤務年数をいうものとする。具体的には、平成28年4月における勤務年数3年以上の者とは、平成28年3月31日時点で勤務年数が3年以上の者をいう。勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人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。