

地域密着型特定施設入居者生活介護 自己点検表
 (「従業員の勤務実績表」含む)

事業所名	
点検者職・氏名	
点検年月日	年 月 日

○各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。
 ○該当しない項目については未記入のままにしてください。
 ○根拠条文の「基準」は、「新潟市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」を指します。

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果		
				適	不適	
I 基本方針						
1	基本方針	地域密着型特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、利用者が指定地域密着型特定施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとなっていますか。	基準第130条第1項	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		安定的かつ継続的な事業運営に努めていますか。	基準第130条第2項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II 人員基準						
2	従業員の員数	【生活相談員】	基準第131条	<ul style="list-style-type: none"> ・職員勤務表 ・職員名簿、雇用契約書 ・資格を確認する書類 ・就業規則 ・賃金台帳等 ・利用者の入居状況 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1以上配置していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1人以上は常勤ですか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【看護職員又は介護職員】			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		看護職員及び介護職員の合計数は、常勤換算方法で、利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上となっていますか。(常勤換算方法で 3:1)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※ 利用者数は、前年度の平均値			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		看護職員(看護師又は准看護師)の数は、常勤換算方法で1以上となっていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常に1以上の指定地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たる介護職員が確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	看護職員及び介護職員は、主として指定地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たるものとし、看護職員及び介護職員のうちそれぞれ1人以上は、常勤の者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	【機能訓練指導員】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者(※)を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員(看護師若しくは准看護師)、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
	<p>【計画作成担当者】</p> <p>1以上配置していますか。</p> <p>計画作成担当者は、専らその職務に従事する介護支援専門員であって、地域密着型特定施設サービス計画の作成を担当させるのに適当と認められるものとなっていますか。</p> <p>※ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該地域密着型特定施設における他の職務に従事することができます。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(注)「従業員の勤務実績表(実地指導月の前々月分)：別シート」を添付してください。なお、同表の注意事項を精読されたうえで作成をお願いいたします。</p>					
3	<p>管理者</p> <p>指定地域密着型特定施設ごとに常勤専従の管理者を配置していますか。</p>	基準第132条	・勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅲ 設備基準					
4	<p>設備及び備品等</p> <p>指定地域密着型特定施設の建築物（利用者の日常生活のために使用しない附属の建物は除く。）は、耐火建築物又は準耐火建築物となっていますか。</p>	基準第133条第1項	・事業所平面図 ・設備・備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>上記にかかわらず、市長が火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての地域密着型指定特定施設の建物であって、火災に係る利用者の安全性が確保されていると認めるときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しません。</p> <p>1) スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。</p> <p>2) 非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること。</p> <p>3) 避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。</p>	基準第133条第2項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>一時介護室（一時的に利用者をしてサービスを行うための室をいう。以下同じ。）、浴室、便所、食堂及び機能訓練室を有していますか。</p> <p>※ただし、他に利用者を一時的に移して介護を行うための室が確保されている場合にあつては一時介護室を、他に機能訓練を行うために適当な広さの場所が確保できる場合にあつては機能訓練室を、利用者が同一敷地内にある他の事業所、施設等の浴室及び食堂を利用できる場合にあつては浴室及び食堂を設けないことができます。</p>	基準第133条第3項	・平面図 ・運営規程 ・設備、備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
4 設備及び備品等	【介護居室】 一の居室の定員は、1人としていますか。 ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合（※）は、2人とすることができます。 ※夫婦で居室を利用する場合など。	基準第133条第4項	・平面図 ・運営規程 ・設備、備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	プライバシーの保護に配慮し、介護を行える適当な広さですか。 ※面積基準はなく、利用者の選択に委ねることとするため、利用申込者に対して文書による説明が必要です。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地階に設けていませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1以上の出入り口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【一時介護室】 介護を行うために適当な広さを有していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【浴室】 身体の不自由な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"/>
	【便所】 居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備えていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【食堂・機能訓練室】 機能を十分に発揮し得る適当な広さを有していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【構造】 利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間及び構造を有するものですか。	基準第133条第5項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けていますか。	基準第133条第6項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	構造設備の基準については、建築基準法及び消防法の定めるところにより、適正ですか。	基準第133条第7項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
IV 運営基準					
5	内容及び手続の説明及び契約の締結等	基準第134条	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・重要事項説明書 ・利用契約書 ・同意に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供の開始に際し、あらかじめ、入居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、利用料の額及びその改定の方法その他の入居申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、入居及び指定地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に関する契約を文書により締結していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	契約において、入居者の権利を不当に狭めるような契約解除の条件を定めていませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	指定地域密着型特定施設入居者生活介護の提供の開始等	基準第135条	<ul style="list-style-type: none"> ・利用申込受付簿 ・サービス提供の記録 ・紹介の記録 ・フェイスシート等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	正当な理由なく、入居者に対するサービスの提供を拒んでいませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定地域密着型特定施設入居者生活介護に代えて当該指定地域密着型指定特定施設入居者生活介護事業者以外の者が提供する介護サービスを利用することを妨げていませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入居申込者又は入居者が入院治療を要する者であること等、事業者自らが必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所の紹介その他の適切な措置を速やかに講じていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	受給資格等の確認	基準第13条	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用申込者の被保険者証で、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	要介護認定の申請に係る援助	基準第14条	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用申込者が要介護認定を受けていない場合は、要介護認定申請のために必要な援助を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	サービスの提供の記録	基準第137条	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者証の写し ・利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供開始に際しては、開始年月日及び施設の名称を、サービス提供終了に際しては、終了年月日を利用者の被保険者証に記載していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	利用料等の受領	基準第138条	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供票・別表 ・領収書控 ・運営規程 ・領収書控 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型特定施設入居者生活介護を提供した場合の利用料と、地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
10	<p>利用料等の受領</p> <p>上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていませんか。</p> <p>①利用者の選定により提供される介護その他の日常生活上の便宜に要する費用 ②おむつ代 ③指定地域密着型特定施設入居者生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用</p> <p>前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明し、同意を得ていますか。</p>		<p>・運営規程 ・重要事項説明書 ・利用契約書 ・領収書控</p> <p>・説明文書 ・同意に関する記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<p>保険給付の請求のための証明書の交付</p> <p>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いを受けた場合は、提供した指定地域密着型特定施設入居者生活介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対し交付していますか。</p>	基準第23条	・サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<p>指定地域密着型特定施設入居者生活介護の取扱方針</p> <p>利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況等を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行っていますか。</p>	基準第139条第1項	・利用者に関する記録 ・介護日誌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>サービス提供は、地域密着型特定施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われていますか。</p>	基準第139条第2項	・地域密着型特定施設サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>サービス提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族から求められたときは、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。</p>	基準第139条第3項	・重要事項説明書等 ・地域密着型特定施設サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>サービス提供に当たって、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていませんか。</p>	基準第139条第4項	・介護日誌 ・利用者に関する記録 ・身体拘束に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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徘徊をしないように、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、立ち上がったりにしないように、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>				
	<p>上記の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。</p>	基準第139条第5項	・身体拘束に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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を図っていますか。</p>	基準第139条第6項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<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。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>介護職員その他の従業者に対し、体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上）に実施していますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>自らその提供する指定地域密着型特定施設入居者生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。</p>	基準第139条第7項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
13 地域密着型特定施設サービス計画の作成	管理者は、計画作成担当者に地域密着型特定施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。	基準第140条第1項	・地域密着型特定施設サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、計画作成に当たっては、利用者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握していますか。	基準第140条第2項	・課題分析の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、利用者又はその家族の希望及び利用者について把握された解決すべき課題に基づき、他の従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだサービス計画の原案を作成していますか。	基準第140条第3項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、サービス計画作成に当たっては、その原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ていますか	基準第140条第4項	・同意文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス計画を利用者に交付していますか。	基準第140条第5項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画作成担当者は、サービス計画作成後においても、他の従業者との連絡を継続的に行うことにより、サービス計画の実施状況の把握を行うとともに、利用者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じてサービス計画の変更を行っていますか。 ※計画の変更を行う場合も、上記の計画作成に準じて行うこと。	基準第140条第6項、第7項		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 介護	介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行っていますか。	基準第141条	・地域密着型特定施設サービス計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自ら入浴が困難な利用者について、1週間に2回以上、適切な方法により、入浴させ、又は清しきを行っていますか。		・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っていますか。		・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上記のほか、利用者に対し、食事、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っていますか。		・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 機能訓練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行っていますか。	基準第142条	・機能訓練に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 健康管理	看護職員は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じていますか。	基準第143条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 相談及び援助	常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な支援をしていますか。	基準第144条	・相談、援助に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
18	利用者の家族との連携等 利用者の生活及び健康状態の状況並びにサービスの提供状況を定期的に家族に報告する等により、常に利用者の家族との連携を図るとともに、行事への参加の呼びかけ等により、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めていますか。	基準第145条	・行事等の交流に関する記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	利用者に関する市への通知 利用者が、正当な理由なしに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は、その旨を市に通知していますか。	基準第29条	・市に送付した通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が、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は、その旨を市に通知していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	緊急時等の対応 利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	基準第100条	・緊急連絡体制表 ・業務日誌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	緊急時において円滑な協力を得るため、当該協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めてありますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	管理者の責務 管理者は、従業者の管理及び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。	基準第60条11	・組織図、組織規程 ・業務分担表 ・業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者に必要な指揮命令を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	運営規程 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。 ・ 事業の目的及び運営の方針 ・ 従業者の職種、員数及び職務内容 ・ 入居定員及び居室数 ・ サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ・ 利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続 ・ 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 ・ その他運営に関する重要事項	基準第146条	・運営規程 ・重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	勤務体制の確保等 利用者に対し、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。	基準第147条	・就業規則 ・運営規程 ・雇用契約書 ・勤務表（原則として月ごと） ・研修受講修了証明書 ・研修計画、出張命令 ・研修会資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の従業者によってサービスを提供していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※ ただし、事業者が業務の管理及び指揮命令を確実に行うことができる場合は、この限りではありません。従業者の資質の向上のために、研修の機会を確保していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	協力医療機関等 利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定め、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めてありますか。	基準第148条	・協力医療機関との契約書 ・協力歯科機関との契約書 ・緊急時対応に係る契約書等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
25	非常災害対策 非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	基準第60条の15	・消防計画 ・非常災害に関する具体的計画 ・避難訓練等の実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	非常災害に関する具体的計画は、想定される非常災害の態様ごとに、その程度及び規模に応じたものになっていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	医療機関、他の社会福祉施設及び地域住民と非常災害時における連携及び協力関係を構築するよう努めていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
26	衛生管理等 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	基準第60条の16	<ul style="list-style-type: none"> ・水質検査等の記録 ・受水槽、浴槽の清掃記録 ・衛生管理マニュアル等 ・感染症対策マニュアル等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めていますか。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、別途発出されている通知に基づき、適切な措置を講じていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	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。	基準第35条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	秘密保持等 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。	基準第36条	<ul style="list-style-type: none"> ・就業時の取り決め等の記録 ・利用者及び家族の同意書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	広告 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ませんか。	基準第37条	・ 広告物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、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38条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	苦情処理 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。	基準第39条	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・苦情に関する記録 ・苦情対応マニュアル ・苦情に対する対応結果記録 ・指導等に関する改善記録 ・市への報告記録 ・国保連からの指導に対する改善記録 ・国保連への報告書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	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"/>
	提供したサービスに関し、市が行う文書その他の物件の提出等に応じ、及び市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	市からの求めがあった場合には、改善内容を市に報告していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、改善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"/>			

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果		
				適	不適	
32	地域との連携等	基準第60条の17第1項～第4項	<ul style="list-style-type: none"> ・地域交流に関する記録 ・運営推進会議の記録 ・外部評価の結果 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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、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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	事業の運営に当たっては、その提供した指定地域密着型特定施設入居者生活介護に関する利用者からの苦情に関して、市が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他市が実施する事業に協力するよう努めていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	事故発生時の対応	基準第41条	<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・事故発生報告書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。（賠償すべき事故が発生したことがない場合、損害賠償を速やかに行える体制を整えていますか。） →損害賠償保険への加入：有・無			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事故が生じた際には原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。（過去に事故が生じていない場合、事故に備えて対策を講じていますか。）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	会計の区分	他の事業との会計を区分していますか。	基準第42条	・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	記録の整備	<p>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。</p> <p>利用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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型特定施設サービス計画書 ・提供した具体的なサービスの内容等の記録 ・身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 ・業務の全部又は一部を委託により他の事業者に行わせる場合の当該事業者の業務の実施状況について定期的に確認した結果等の記録 ・利用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 ・運営推進会議から出された報告、評価及び要望、助言等の記録 	基準第149条	<ul style="list-style-type: none"> ・職員名簿・設備台帳 ・会計関係書類 ・地域密着型特定施設サービス計画書 ・サービス提供記録 ・身体的拘束等に関する記録 ・市への通知に係る記録 ・苦情の記録 ・事故の記録 ・運営推進会議の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
V 変更の届出等					
36	<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特定施設入居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> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の名称及び所在地 ・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 ・申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 ・建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 ・事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ・運営規程 ・協力医療機関の名称及び診療科名並びに契約の内容（協力歯科医療機関があるときはこれを含む） ・地域密着型サービス費の請求に関する事項 ・役員の氏名、生年月日及び住所 ・介護支援専門員の氏名及びその登録番号 	介護保険法第78条の5	・届出書類の控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
VI-1 介護給付費関係					
37 基本的事項	指定地域密着型特定施設入居者生活介護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省第126号の別表「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。	平18厚告126号の一	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定地域密着型特定施設入居者生活介護に要する費用の額は、平成27年厚生労働省告示第93号の「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定していますか。	平18厚告126号の二		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算していますか。	平18厚告126号の三		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費	施設基準に適合するものとして市長に届け出た施設において、サービス提供を行った場合に、利用者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定していますか。	平18厚告126号 別表6口注2 施設基準三十五	・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施設基準三十五 ※次のいずれにも適合すること	指定地域密着型特定施設入居者生活介護の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有すること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該指定地域密着型特定施設の入居定員の範囲内で、空いている居室等（定員が1人であるものに限る。）を利用するものであること。ただし、短期利用特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者（利用者）の数は、1又は当該施設の入居定員の100分の10以下であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	家賃、敷金及び介護等その他の日常生活に必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除き、権利金その他の金品を受領しないこと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護保険法等に基づく勧告、命令、指示を受けたことがある場合にあっては、当該勧告等を受けた日から起算して5年以上の期間が経過していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 身体拘束廃止未実施減算	基準告示を満たさない場合、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。 ※基準告示 ・身体拘束等を行う場合の記録を行っている ・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回以上開催している ・身体拘束等の適正化のための指針を整備している ・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施（年2回以上）している	平18厚告126号 別表6イ注3 基準告示六十の二		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 入居継続支援加算	次に掲げる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特定施設において、利用者に対して、指定地域密着型特定施設入居者生活介護を行った場合は、入居継続支援加算として、1日につき36単位数を所定単位数に加算していますか。 ただし、サービス提供体制強化加算を算定している場合は、算定しない。	平18厚告126号 別表6イ注4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入居継続支援加算 ※いずれにも適合すること	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、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養）を必要とする者の占める割合が利用者の100分の15以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。			<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"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
41 生活機能向上 連携加算	基準告示に適合しているものとして市長に届け出た施設において、利用者に対して機能訓練を行った場合は、1月につき200単位を所定単位数に加算していますか。 ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月に100単位を所定単位数に加算していますか。	平18厚告 126 別表6イ注5 基準告示 四十二の三	・個別機能訓練計画 ・サービス提供記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基準告示 四十二の三	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、機能訓練指導員等と共同して、利用者又は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こと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 個別機能訓練 加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置しているものとして市長に届け出た施設において、利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画に基づいて機能訓練を行っている場合には、1日につき12単位を加算していますか。	平18厚告 126 別表6イ注6	・個別機能訓練計画 ・職員名簿 ・職員勤務表 ・サービス提供の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個別機能訓練加算	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、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について算定			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※次のいずれにも適合すること	機能訓練は、専ら機能訓練指導の職務に従事する機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者を1名以上配置して実施			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を実施			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、常に施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 夜間看護体制 加算	施設基準に適合するものとして市長に届け出た施設において、利用者に対して、サービス提供を行った場合に、1日につき10単位を加算していますか。	平18厚告 126 別表6イ注7 施設基準 三十六	・職員名簿 ・職員勤務表 ・個別機能訓練計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施設基準 三十六	常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※次のいずれにも適合すること	看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 若年性認知症 入居者受入加算	基準告示に適合しているものとして市長に届け出た施設において、若年性認知症入居者に対して、サービス提供を行った場合は、1日につき120単位を所定単位数に加算していますか。 ※基準告示 受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めていること。	平18厚告 126 別表6イ注8 基準告示 四十二の四		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
45 医療機関連携加算	看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、利用者の同意を得て、協力医療機関又は利用者の主治の医師に対して、利用者の健康の状況を月に1回以上情報提供した場合は、1月につき80単位を加算していますか。	平18厚告126 別表6イ注9	・利用者に関する記録 ・情報提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 口腔衛生管理体制加算	基準告示に適合する施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき30単位を加算していますか。	平18厚告126 別表6イ注10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基準告示六十八	事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用書の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※次の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"/>
47 栄養スクリーニング加算	基準告示に適合する施設の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合、1回につき5単位を加算していますか。 ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は、算定しない。	平18厚告126 別表6イ注11 基準告示十九の二		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基準告示十九の二	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"/>
48 退院・退所時連携加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、1日につき30単位を加算していますか。 30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に施設へ再び入居した場合も、同様とする。	平18厚告126 別表6ハ注		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 看取り介護加算	施設基準に適合するとして市長に届け出た施設において、利用者等告示に適合する利用者について看取り介護を行った場合は、死亡日以前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又は夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない。	平18厚告126 別表6ニ注 施設基準三十七 利用者等告示四十二	・医師、看護師との連携が分かる書類 ・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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施設基準三十七	看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※次のいずれにも適合すること	医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取りに関する職員研修を行っていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者等告示四十二	医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※次のいずれにも適合している利用者	医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」）が共同で作成した計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、同意をしている者であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等を活用して行われる介護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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
50 認知症専門ケア加算	<p>基準告示に適合しているものとして市長に届け出た施設が、利用者等告示で定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、1日につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 認知症専門ケア加算 (I) 3単位 (2) 認知症専門ケア加算 (II) 4単位</p> <p>※利用者等告示 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者）</p>	<p>平18厚告126 別表6ホ注</p> <p>基準告示四十二</p> <p>利用者等告示四十三</p>	<p>・介護度の分布が分かる書類 ・専門研修の修了が分かる書類 ・認知症ケアに関する研修計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症専門ケア加算 (I)	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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※いずれにも適合すること	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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症専門ケア加算 (II)	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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※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、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 サービス提供体制強化加算	<p>基準告示に適合しているものとして市長に届け出た施設が利用者に対し、サービス提供を行った場合は、1日につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算 (I) イ18単位 (2) サービス提供体制強化加算 (I) ロ12単位 (3) サービス提供体制強化加算 (II) 6単位 (4) サービス提供体制強化加算 (III) 6単位</p>	<p>平18厚告126 別表6へ注</p> <p>基準告示六十一</p>	<p>・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算 (I) イ	施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※いずれにも適合すること	人員基準欠如に該当していないこと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※いずれにも適合すること	人員基準欠如に該当していないこと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算 (II)	施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※いずれにも適合すること	人員基準欠如に該当していないこと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算 (III)	サービス提供を入居者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※いずれにも適合すること	人員基準欠如に該当していないこと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
52 介護職員処遇改善加算	<p>介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定地域密着型特定施設入居者生活介護を行った場合は、次に掲げる区分に従い、平成33年3月31日までの間（（４）（５）は別に厚生労働大臣が定める期日までの間）、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>（１）介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 次の①、②、③、④、⑤に適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の82に相当する単位数</p> <p>（２）介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 次の①、②、③、⑤に適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の60に相当する単位数</p> <p>（３）介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 次の①、⑥に適合し、かつ②又は③のいずれかに適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の33に相当する単位数</p> <p>（４）介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 次の①に適合し、かつ②、③、⑥のいずれかに適合している場合 （３）により算定した単位数の100分の90に相当する単位数</p> <p>（５）介護職員処遇改善加算（Ⅴ） 次の①に適合している場合 （３）により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</p>	平18厚告126 別表6ト注	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員処遇改善加算計画書 ・賃金台帳 ・キャリアパス要件を確認できる書類（任用等の要件を定めている等の資料、資質向上の研修の実施状況が分かる資料、賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等） 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所において、上記の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施機関及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	算定日が属する月の前12月間において、労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、最低賃金法(昭和34年法律第137号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、雇用保険法(昭和49年法律第116号)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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	労働保険料の納付が適切に行われていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	(1) 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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	(3) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 A 経歴若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていること。 B Aの内容について、書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	平成27年4月から①の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	平成20年10月から①の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

従業員の勤務実績表

施設名	
サービスの種類	地域密着型特定施設入居者生活介護
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	時間

(年 月分)

職種	勤務形態	氏名	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月の合計勤務時間 A	週平均の勤務時間 (A/当該月の日数)×7日	常勤換算後の人数	備考		

勤務時間凡例

表記	勤務時間帯	休憩時間帯	勤務時間数
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	

- 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: 前月分の勤務時間数を1日毎に記入すること。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、左表の凡例を用いて、時間数及び勤務時間帯が分かるように記入にすること。
- 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。