

# (介護予防)短期入所生活介護 ※単独型用 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 :

---

事業所名 :

---

(住所) : 新潟市

---

担当者職・氏名 : (連絡先 TEL )

---

指導年月日 : 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(短期入所生活介護 ※単独型)
  - 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

## 自己点検表（（介護予防）短期入所生活介護）

※ 根拠条文は、「新潟市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」、「新潟市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例」を指します。

事業所名称		分類	通常型・ユニット型・一部ユニット型
記入者職氏名		点検年月日	

太枠で囲っている点検事項の点検結果を記入してください。なお、他に勤務実績表、自己点検表(加算等)のシートも記入してください。

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	市 記 入 欄	
		適	不適					
<b>I 人員基準 (注)</b>								
1 従業者の員	(1)	【医師】 医師を1人以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第148条 (第130条)	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )	
	(2)	【生活相談員】 生活相談員を、常勤換算方法で、利用者の数が100又はその端数を増すごとに1人以上配置していますか。 ※ ここでいう「利用者の数」とは、前年度の平均値をいう。 ※ 実地指導日の前々月における生活相談員の数を下記に記載してください。 生活相談員の数 (                      人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第148条 (第130条)	職員名簿、 職員勤務表、 タイムカード、 資格証等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	b	生活相談員のうち、1人は常勤となっていますか。 ※ 利用定員が20人未満である併設事業所の場合にあってはこの限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注) 常勤とは、当該事業所における勤務時間（指定短期入所生活介護以外の勤務時間を含む。）が就業規則等で定められている常勤者が勤務すべき時間数（週に勤務すべき時間が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものであること。			※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄	
		適	不適					
	(3)	a	【看護職員（看護師若しくは准看護師）又は介護職員】 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人以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第148条 (第130条)	職員名簿、 職員勤務 表、タイム カード、資 格証等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
		b	看護職員及び介護職員のそれぞれのうち1人は、 常勤となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		職員名簿、 職員勤務 表、タイム カード、資 格証等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(4)	【栄養士】 栄養士を1人以上配置していますか。  ※ 利用定員が40名を超えない事業所であつて、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより効果的な運営を期待することができる場合であつて、利用者の処遇に支障がないときは、栄養士を配置しないことが可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第148条 (第130条)		※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(5)	a	【機能訓練指導員】 機能訓練指導員を1人以上配置していますか。  ※ 当該事業所の他の職務と兼務が可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第148条 (第130条)	職員名簿、 職員勤務 表、タイム カード、資 格証等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	b	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（※）が配置されていますか。  ※ 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、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）	

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
2 管理者	(1)	a 常勤の管理者を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第149条 (第131条)		※(適・要検討・否)
		b 管理者は、専ら当該指定短期入所生活介護事業所の管理業務に従事していますか。  《注意》 管理者が管理業務に専従している場合は「適」にチェックし、次の(1)-cの回答は不要です。 専従していない場合は「不適」にチェックし、次の(1)-cを回答してください。 ※ 基準上、管理業務に支障がないときは兼務が可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「不適」の場合チェック  <input type="checkbox"/> 他の職種等と兼務のため  <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)			※(適・要検討・否)
		c 管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切ですか。  → 下記の事項について記載してください。 ・事業所内で他職種と兼務している場合はその職種名 ( ) ・同一敷地等の他事業所と兼務している場合は事業所名、職種名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数 事業所名 : ( ) 職種名 : ( ) 勤務時間数 : ( ) 《注意》 回答スペースが足りない場合は、適宜行を追加するなどの対応をお願いします。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※(適・要検討・否)	

(注) 「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、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。

- 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)
- ②兼務を含めた職種
- ③勤務形態
- ④氏名
- ⑤1日ごとの勤務時間数

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。

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄	
		適	不適					
<b>II 設備基準</b>								
1 利用定員等	(1)	指定短期入所生活介護の専用の居室を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第150条 (第132条)	平面図等	※( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(2)	事業所の利用定員は、20人以上となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			運営規程	※( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
2 設備及び備品等	【 通常型の事業所は (1)～(11) を、ユニット型の事業所は (1)～(3)、(12)～(16) を、一部ユニット型の事業所は (1)～(16) ((11)を除く。) を、回答してください。】							
《注意》以下の(1)～(3)の項目については、全ての事業所が回答してください。								
	(1)	a	指定短期入所生活介護事業所の建物は、耐火建築物となっていますか。  ※ 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。  ※ 居室その他の利用者の日常生活に充てられる施設を2階以上の階及び地階のいずれにも設けていない場合は、準耐火建築物とすることができる。  《注意》 指定短期入所生活介護事業所の建物が耐火建築物又は準耐火建築物の場合は、次の(1)-b の回答は不要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条) 条例第171条 (第154条)	※( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
		b	事業所の建物が耐火建築物又は準耐火建築物ではない場合は、以下のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての建物であって、都道府県知事が火災予防、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、火災に係る利用者の安全性が確保されていると認められていますか。  ・スプリンクラー設備の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること  ・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るものであること  ・避難口の増設等により、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等により、火災の際の円滑な避難が可能なるものであること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条) 条例第171条 (第154条)	※( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(2)	廊下、共同生活室、便所その他の必要な場所に常夜灯を設けていますか。  ※ ユニットがある事業所においては、ユニットを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条) 条例第171条 (第154条)	※( 適 ・ 要検討 ・ 否 )	

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
	(3) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条) 条例第171条 (第154条)	平面図等	※(適・要検討・否)
《注意》 以下の(4)～(11)の項目については、通常型の事業所及び一部ユニット型の事業所(ユニット以外の部分)が回答してください。					条例第151条 (第133条)		
	(4) a 以下の設備を有していますか。 ① 居室 ② 食堂 ③ 機能訓練室 ④ 浴室 ⑤ 便所 ⑥ 洗面設備 ⑦ 医務室 ⑧ 静養室 ⑨ 面談室 ⑩ 介護職員室 ⑪ 看護職員室 ⑫ 調理室 ⑬ 洗濯室又は洗濯場 ⑭ 汚物処理室 ⑮ 介護材料室 ※ 他の社会福祉施設等の設備を利用することにより、社会福祉施設等と事業所の効率的運営が可能であり、かつ、入所者等と利用者の処遇に支障がない場合は、②～④、⑦、⑨、⑫～⑮を設けないことが可 ※ 併設事業所の場合にあって、併設本体施設と事業所の効率的運営が可能であり、かつ、入所者等と利用者の処遇に支障がない場合は、併設本体施設の②～⑮の設備を指定短期入所生活介護の事業の用に供することが可 ※ 一部ユニット型の事業所において、④、⑦、⑫～⑮は、利用者へのサービスの提供に支障がないときは、それぞれ1の設備をもって、ユニット部分及びそれ以外の部分に共通の設備とすることが可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図等	※(適・要検討・否)
	b 指定短期入所生活介護を提供するために必要なその他の設備及び備品等を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
	(5) 【居室】 居室は、以下の基準を満たしていますか。  ・ 1の居室の定員は、4人以下とすること ・ 利用者1人当たりの床面積（内法）は10.65㎡以上とすること ・ 日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等について十分考慮すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条)		※（適・要検討・否）
	(6) 【食堂、機能訓練室】 食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積（内法）は、3㎡に利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。  ※ 食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合にあっては、同一の場所とすることが可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条)		※（適・要検討・否）
	(7) 【浴室】 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"/>		条例第151条 (第133条)	平面図等	※（適・要検討・否）
	(8) 【便所】 便所は、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条)		※（適・要検討・否）
	(9) 【洗面設備】 洗面設備は、要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条)		※（適・要検討・否）
	(10) a 【その他】 廊下の幅（内法）は、1.8m以上、中廊下の幅は、2.7m以上となっていますか。  ※ 「中廊下」とは、廊下の両側に居室、静養室等利用者の日常生活に直接使用する設備のある廊下を指す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第151条 (第133条)		※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
		b	居室、機能訓練室、食堂、浴室及び静養室が2階以上の階にある場合は、1以上の傾斜路を設けていますか。 ※ エレベーターを設けるときは、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（適・要検討・否）
	(11)		設備及び備品等は、利用者へのサービスの向上及び従業者の業務の負担の軽減を図るため、常に技術の進歩に配慮して備えるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第151条 (第133条)		※（適・要検討・否）
《注意》 以下の(12)～(16)の項目については、ユニット型の事業所及び一部ユニット型の事業所（ユニットの部分）が回答してください。						条例第171条 (第154条)		
	(12)	a	下記の設備を有していますか。 ① ユニット ② 浴室 ③ 医務室 ④ 調理室 ⑤ 洗濯室又は洗濯場 ⑥ 汚物処理室 ⑦ 介護材料室 ※ 他の社会福祉施設等の設備を利用することにより、社会福祉施設等と事業所の効率的運営が可能であり、かつ、入所者等と利用者へのサービスの提供に支障がない場合は、②～⑦を設けないことが可  ※ 一部ユニット型の事業所において、②～⑦は、利用者へのサービスの提供に支障がないときは、それぞれ1の設備をもって、ユニット部分及びそれ以外の部分に共通の設備とすることが可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平面図等	※（適・要検討・否）
		b	指定短期入所生活介護を提供するために必要なその他の設備及び備品等を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
(13)	<p>【ユニット】</p> <p>「居室」</p> <p>a 居室は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1の居室の定員は、1人とすること</li> <li>※ 利用者のサービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることが可</li> <li>・ 居室はいずれかのユニットに属し、ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていること</li> <li>・ 1のユニットの利用定員は、おおむね10人以下とすること</li> <li>・ 利用者1人当たりの床面積（内法）は10.65㎡以上とすること</li> <li>・ 日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等について十分考慮すること</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第171条 (第154条)	平面図等	※（適・要検討・否）
	<p>「共同生活室」</p> <p>b 共同生活室は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 共同生活室はいずれかのユニットに属し、ユニットの利用者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること</li> <li>・ 1の共同生活室の床面積（内法）は、共同生活室に属するユニットの利用定員に2㎡を乗じて得た面積以上を標準とすること</li> <li>・ 利用者が食事・談話等をしたりに適した備品など、必要な設備及び備品を備えること</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	<p>「洗面設備」</p> <p>c 洗面設備は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること</li> <li>・ 要介護者が使用するのに適したものとすること</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
	<p>「便所」</p> <p>d 便所は、以下の基準を満たしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること</li> <li>・要介護者が使用するのに適したものとすること</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
(14)	<p>【浴室】</p> <p>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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第171条 (第154条)	平面図等	※（適・要検討・否）
(15)	<p>【その他】</p> <p>a 廊下の幅（内法）は、1. 8m以上、中廊下の幅は、2. 7m以上となっていますか。</p> <p>※ 廊下の一部の幅を拡張することにより、利用者・従業者等の往来に支障が生じない場合は、1. 5m以上（中廊下にあつては1. 8m以上）で可</p> <p>※ 「中廊下」とは、廊下の両側に居室、静養室等利用者の日常生活に直接使用する設備のある廊下を指す。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第171条 (第154条)		※（適・要検討・否）
	<p>b 階段の傾斜は、緩やかになっていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	<p>c ユニット又は浴室が2階以上の階にある場合は、1以上の傾斜路を設けていますか。</p> <p>※ エレベーターを設けるときは、この限りではない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
(16)	<p>設備及び備品等は、利用者へのサービスの向上及び従業者の業務の負担の軽減を図るため、常に技術の進歩に配慮して備えるよう努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第171条 (第154条)		※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄	
		適	不適					
<b>Ⅲ 運営基準</b>								
1 内容及び手続の説明及び同意	(1)	a	指定短期入所生活介護の提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、重要事項（※）について記した文書を交付して説明を行い、サービスの内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第152条 (第134条)	重要事項説明書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
		※重要事項説明書に記載されているものに○印を記入してください。						
			項目	記入欄				
			・事業の目的及び運営方針					
			・従業者の職種、員数及び職務の内容					
			・利用定員					
			・指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額					
			・通常の送迎の実施地域					
			・サービス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					
			・事故発生時の対応					
			・苦情処理の体制					
			・提供するサービスの第三者評価の実施状況					
			・その他運営に関する重要事項					
		b	指定短期入所生活介護の提供の開始に当たっての利用申込者の同意については、書面によって確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
2 指定短期入所生活介護の開始及び終了	(1)		利用者の心身の状況により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に、指定短期入所生活介護を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第153条 (第135条)	フェイスシート、サービス担当者会議の要点等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)		居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、指定短期入所生活介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第153条 (第135条)	支援経過記録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
3 提供拒否の禁止	(1)	<p>正当な理由（※）なく指定短期入所生活介護の提供を拒んだことはありませんか。</p> <p>※ ①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合 等</p> <p>《注意》 拒んだことがない場合は「適」に、拒んだことがある場合は「不適」にチェックしてください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第10条準用 (第10条準用)</p>	<p>苦情受付簿等</p>	※（適・要検討・否）
4 サービス提供困難時の対応	(1)	<p>上記 3-(1) の正当な理由により、自ら適切な指定短期入所生活介護の提供が困難な場合、利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第11条準用 (第11条準用)</p>	<p>苦情受付簿、連絡票等</p>	※（適・要検討・否）
5 受給資格等の確認	(1)	<p>被保険者証によって、被保険者資格等の確認を行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第12条準用 (第12条準用)</p>	<p>被保険者証の写し等</p>	※（適・要検討・否）
	(2)	<p>被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には、その意見に配慮して指定短期入所生活介護を提供していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第12条準用 (第12条準用)</p>		※（適・要検討・否）
6 要介護認定の申請に係る援助	(1)	<p>利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第13条準用 (第13条準用)</p>	<p>支援経過記録等</p>	※（適・要検討・否）
	(2)	<p>利用申込者が要介護認定を申請していない場合、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(3)	<p>居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第13条準用 (第13条準用)</p>		※（適・要検討・否）
7 心身の状況等の把握	(1)	<p>利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の把握に努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第14条準用 (第14条準用)</p>	<p>フェイスシート、サービス担当者会議の要点等</p>	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	(1) 指定短期入所生活介護の提供の開始に際し、法定代理受領サービスの届出をしていない利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定短期入所生活介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。  ※ 「法定代理受領サービス」とは、居宅サービス事業者に対し、市町村又は国保連から直接居宅サービス費（利用者負担分を除く）が支払われる場合の居宅サービス（指定短期入所介護）のことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第16条準用（第16条準用）	支援経過記録等	※（適・要検討・否）
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	(1) 居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画に沿った指定短期入所生活介護を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第17条準用（第17条準用）	居宅サービス計画、短期入所生活介護計画等	※（適・要検討・否）
10 サービスの提供の記録	(1) 指定短期入所生活介護を提供した際は、その提供日、内容など必要な事項を利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第20条準用（第20条準用）	居宅サービス計画、サービス利用票、支援経過記録等	※（適・要検討・否）
	(2) 利用者からの申出があった場合に、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第20条準用（第20条準用）	交付文書の写し等	※（適・要検討・否）
11 利用料等の受領	(1) 法定代理受領サービスに該当する指定短期入所生活介護を提供した際には、利用者から利用者負担分（1割、2割又は3割負担）の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第154条（第136条） 条例第173条（第156条）	利用者に対する請求書等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄	
		適	不適					
	(2)	法定代理受領サービスでない指定短期入所生活介護を提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定短期入所生活介護に係る費用の額との間に、不合理な差額を設けていませんか。  《注意》 設けてない場合には「適」に、設けている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第154条(第136条) 条例第173条(第156条)	利用者に対する請求書等	※(適・要検討・否)
	(3)	a 以下の費用に係るサービスを提供しその支払を受ける場合は、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び費用について文書を交付して説明を行い、同意を得ていますか。  ① 食事の提供に要する費用 ② 滞在に要する費用 ③ 厚生労働大臣の定める基準に基づき利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用 ④ 厚生労働大臣の定める基準に基づき利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用 ⑤ 送迎に要する費用 ⑥ 理美容代 ⑦ 上記の費用のほか、指定短期入所生活介護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、利用者負担とすることが適当な費用  ※ ①～④までの同意は文書によるものでなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第154条(第136条) 条例第173条(第156条)	重要事項説明書等	※(適・要検討・否)
		b 利用者又はその家族に請求する費用は、運営規程に定めている「利用料その他の費用の額」と整合がとれていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			運営規程、重要事項説明書等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
12 保険給付の請求のための証明書の交付	(1)	法定代理受領サービスに該当しない指定短期入所生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定短期入所生活介護の内容、費用の額などを記載したサービス提供証明書を利用者へ交付していますか。  ※ ここでいう「サービス提供証明書」とは、利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したものをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第22条準用 (第22条準用)	サービス提供証明書の写し等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
13 指定短期入所生活介護の取扱方針	(1)	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妥当適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第155条、第174条 (第144条、第145条、第161条)	短期入所生活介護計画、アセスメントシート等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(2)	おおむね4日以上連続して入所する利用者の場合、指定短期入所生活介護は、作成した短期入所生活介護計画に基づき、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。  ※ 利用者のプライバシーの確保やユニットのある事業所ではユニットで利用者がそれぞれ役割を持って生活を営むことができるなどの配慮を含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第155条、第174条 (第144条、第145条、第161条)	短期入所生活介護計画、支援経過記録等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(3)	4日未満の利用者であっても、居宅介護支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の短期入所生活介護計画を作成した利用者準じて、必要な介護及び機能訓練等の援助を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第155条、第174条 (第144条、第145条、第161条)	支援経過記録等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(4)	指定短期入所生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して、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"/>		条例第155条、第174条 (第144条、第145条、第161条)	短期入所生活介護計画、支援経過記録等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄		
			適	不適						
	(5)	a	指定短期入所生活介護の提供に当たっては、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。 《注意》 やむを得ない場合以外に、行っていない場合には「適」に、行っている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第155条、第174条（第144条、第145条、第161条）	身体拘束に係る同意書、状況報告書の3(1)、(2)等	※（適・要検討・否）		
		b	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		身体拘束に係る同意書、経過観察記録等	※（適・要検討・否）		
	(6)	自らその提供する指定短期入所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"/>	条例第155条、第174条（第144条、第145条、第161条）	状況報告書の3(8)等	※（適・要検討・否）			
14 短期入所生活介護計画の作成	(1)	おおむね4日以上にわたり継続して入所することが予定されている利用者について、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、指定短期入所生活介護の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して、他の短期入所生活介護従事者と協議の上、サービスの目標やその目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所生活介護計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第156条（第145条） ※ユニットは、それぞれ準用	短期入所生活介護計画、アセスメントシート等	※（適・要検討・否）		
	(2)	短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画に沿った内容となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				短期入所生活介護計画、居宅サービス計画等	※（適・要検討・否）	
	(3)	短期入所生活介護計画の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					※（適・要検討・否）	
	(4)	短期入所生活介護計画を作成した際には、短期入所生活介護計画を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					※（適・要検討・否）	
	(5)	短期入所生活介護計画の作成後、当該短期入所生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該短期入所生活介護計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					短期入所生活介護計画、支援経過記録	※（適・要検討・否）
	(6)	短期入所生活介護計画を変更する場合は、上記(1)～(5)を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
15 介護	(1)	<p>介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行っていますか。</p> <p>※ ユニットがある事業所において、利用者の日常生活における家事を、利用者がその心身の状況等に応じてそれぞれ役割を持って行うなどの支援を含む。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)</p> <p>施設サービス計画、サービス担当者会議録、支援経過記録等</p>	※(適・要検討・否)
	(2)	<p>1週間に2回以上、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきを行っていますか。</p> <p>※ ユニットのあ事業所では、一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など利用者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けなければならない</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)</p> <p>支援経過記録等</p>	※(適・要検討・否)
	(3) a	<p>利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、トイレ誘導や排せつ介助など排せつの自立について必要な援助を行っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)</p> <p>状況報告書の1(4)等</p>	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
	b	おむつを使用せざるを得ない場合、利用者の心身及び活動の状況に適したおむつを提供し、適切におむつを交換していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)	支援経過記録等	※(適・要検討・否)
	(4)	利用者に対して、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)	支援経過記録等	※(適・要検討・否)
	(5)	常時1人以上の介護職員を介護に従事させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)	職員勤務表	※(適・要検討・否)
	(6)	利用者に対し、その利用者の負担により、当該指定短期入所生活介護事業所の従業者以外の者による介護を受けさせていませんか。  《注意》 受けさせていない場合には「適」に、受けさせている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第157条(第146条) 条例第175条(第162条)	利用者に対する請求書、支援経過記録等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
16 食事	(1)	<p>栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供していますか。</p> <p>※ ユニットのある事業所においては、利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに利用者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保することなどを含む。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>条例第158条(第147条) 条例第176条(第163条)</p>	重要事項説明書、支援経過記録等	※(適・要検討・否)
	(2)	<p>地域で生産された食材を使用し、地域の特色ある食事又は伝統的な食事を提供しよう努めていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		支援経過記録等	※(適・要検討・否)
	(3)	<p>利用者が可能な限り離床して、食堂又は共同生活室で食事を摂ることを支援していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		支援経過記録等	※(適・要検討・否)
17 機能訓練	(1)	<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>条例第159条(第148条) ※ユニットは、それぞれ準用</p>	個別機能訓練計画等	※(適・要検討・否)
18 健康管理	(1)	<p>医師及び看護職員は、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>条例第160条(第149条) ※ユニットは、それぞれ準用</p>	施設サービス計画、サービス担当者会議録、支援経過記録等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
19 相談及び援助	(1) 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、必要な助言その他の援助をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第161条(第150条) ※ユニットは、それぞれ準用	アセスメントシート、支援経過記録等	※(適・要検討・否)
20 その他のサービスの提供	(1) 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行っていますか。  ※ ユニットがある事業所では、利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、利用者が自律的に行うこれらの活動を支援することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第162条(第151条) 条例第177条(第164条)	状況報告書の3(11)等	※(適・要検討・否)
	(2) 常に利用者の家族との連携を図るよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			施設発行の会報等	※(適・要検討・否)
21 利用者に関する市町村への通知	(1) 利用者が以下のいずれかの事項に該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村へ通知していますか。  ・ 正当な理由なしに指定短期入所生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる場合 ・ 偽りその他不正な行為により保険給付を受けた、又は受けようとした場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第27条準用(第24条準用)	市町村への通知の写し等	※(適・要検討・否)
22 緊急時等の対応	(1) 利用者の病状の急変など緊急時には、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡などの必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第163条(第138条) ※ユニットは、それぞれ準用		※(適・要検討・否)
23 管理者の責務	(1) 管理者は、事業所の従業者の管理、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第56条準用(第54条準用) ※ユニットは、それぞれ準用	職員勤務表等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
		適	不適				
24 運営規程	(1) 以下の事項を運営規程に定めていますか。  <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の目的及び運営方針</li> <li>・従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li>・利用定員（空床利用型の部分を除き、ユニット数、ユニットごとの利用定員を含む）</li> <li>・指定(介護予防)短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額（ユニット部分・それ以外の部分）</li> <li>・通常の送迎の実施地域</li> <li>・サービスの利用に当たっての留意事項</li> <li>・緊急時等における対応方法</li> <li>・非常災害対策</li> <li>・その他運営に関する重要事項</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第164条 (第139条) 条例第178条 (第157条)	運営規程	※（適・要検討・否）
25 勤務体制の確保等	(1) 利用者に対し適切な指定短期入所生活介護を提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別等）を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第108条 準用（第103条準用） 条例第179条 (第158条)	職員勤務表	※（適・要検討・否）
	(2) 事業所ごとに、事業所の従業者によって指定短期入所生活介護を提供していますか。  ※ 調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員勤務表、組織図等	※（適・要検討・否）
	(3) 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"/>			状況報告書の3(7)等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄	
		適	不適					
	《注意》 以下の(4)～(6)の項目については、ユニット型の事業所及び一部ユニット型の事業所が回答してください。							
	(4)	ユニットがある事業所において、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が配置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第179条 (第158条)	職員勤務表	※(適・要検討・否)
	(5)	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が配置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※(適・要検討・否)
	(6)	ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※(適・要検討・否)
26 定員の遵守	(1)	利用定員及び居室の定員を超えずに、指定短期入所生活介護の提供を行っていますか。  ※ 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。  ※ 利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない指定短期入所生活介護を提供する場合であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあっては、利用定員及び居室の定員を超えて、静養室において指定短期入所生活介護を行うことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第165条 (第140条) 条例第180条 (第159条)	状況報告書の1(1)等	※(適・要検討・否)
27 地域等との連携	(1)	指定短期入所生活介護事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第166条 (第141条) ※ユニットは、それぞれ準用	状況報告書の3(11)等	※(適・要検討・否)
28 非常災害対策	(1)	地域の環境や利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関等との連携体制等を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第110条準用 (第105条準用)	状況報告書の3(10)等	※(適・要検討・否)
	(2)	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"/>			状況報告書の3(10)等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄	
		適	不適					
29 衛生管理等	(1)	利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第111条準用 (第106条準用)	各種衛生検査記録等	※(適・要検討・否)
	(2)	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、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			感染症対策委員会議事録等	※(適・要検討・否)
	(3)	インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症等の対策について、その発生及びまん延を防止するため厚労省担当課長通知等に基づき適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※(適・要検討・否)
30 掲示	(1)	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要等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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第34条準用 (第31条準用)	施設内掲示物	※(適・要検討・否)
31 秘密保持等	(1)	従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、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のないよう必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第35条準用 (第32条準用)	状況報告書の3(9)	※(適・要検討・否)
	(2)	サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合の同意をあらかじめ文書により得ていますか。  ※ 指定短期入所生活介護の提供開始時における包括的な同意で可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第35条準用 (第32条準用)	利用者等からの同意書等	※(適・要検討・否)
32 広告	(1)	虚偽又は誇大な広告をしていませんか。  《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第36条準用 (第33条準用)	パンフレット等	※(適・要検討・否)
33 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	(1)	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。  《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第37条準用 (第34条準用)	会計帳簿	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
34 苦情処理	(1)	提供した指定短期入所生活介護に係る利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための窓口相談や苦情処理体制など必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第38条準用 (第35条準用)	状況報告書の3(5)	※(適・要検討・否)
	(2)	苦情の受付日、内容等を記録・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(5)等	※(適・要検討・否)
	(3)	苦情があった場合、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"/>			苦情受付簿等	※(適・要検討・否)
	(4)	指定短期入所生活介護に対する苦情に関する市町村・国保連の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。  ※ 市町村又は国保連からの求めがあった場合、改善の内容を報告することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			市町村・国保連への調査報告書類等	※(適・要検討・否)
35 事故発生時の対応	(1)	指定短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第40条準用 (第37条準用)	状況報告書の3(4)、 事故発生報告等	※(適・要検討・否)
	(2)	事故の状況やその処置について、記録・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故・ヒヤリ・ハット報告綴	※(適・要検討・否)
	(3)	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"/>			状況報告書の3(4)等	※(適・要検討・否)
	(4)	事故が生じた際には、原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故・ヒヤリ・ハット報告綴	※(適・要検討・否)
36 会計の区分	(1)	事業所ごとに経理を区分するとともに、他の事業との会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第41条準用 (第38条準用)	収支決算報告書等	※(適・要検討・否)
37 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第167条 (第142条準用)	関係書類	※(適・要検討・否)
	(2)	指定短期入所生活介護の提供に関する記録(短期入所生活介護計画、サービス実施記録、身体拘束に関する記録、苦情・事故の記録等)を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		※ユニットは、それぞれ準用	短期入所生活計画、支援経過記録等	※(適・要検討・否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	市記入欄
			適	不適				
38 暴力団等の排除	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		県条例第35条		※（適・要検討・否）





## 自己点検表(加算等一覧)

(介護予防) 短期入所生活介護	算定した加算等の名称

※ 実地指導実施月の前々月から過去1年間で算定した加算・減算の名称(短期入所生活介護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

## 自己点検表（加算等）

※加算一覧表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すること

点検項目	点検事項	点検結果	備考
<b>短期入所生活介護</b>			
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"/> // 2人未満	
	利用者数61人以上80人以下	<input type="checkbox"/> // 3人未満	
	利用者数81人以上100人以下	<input type="checkbox"/> // 4人未満	
	利用者数101人以上	<input type="checkbox"/> // 4に利用者の合計数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数未満	
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。	□ 該当	加算別表1を作成すること
	上記アセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行う際に、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。	□ 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。	□ 該当	
	個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、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、利用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、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている	□ 該当	
	個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している	□ 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利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている	□ 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、利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該入所者の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	□ 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、利用者ごとに保管され、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧可能	□ 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
機能訓練指導員加算	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	
	利用者が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
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理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	※ 加算別表2を作成すること  (様式等参考) 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(H27.3.27老振発第0327第2号) 興味・関心チェックシート、居宅訪問チェックシート、個別機能訓練計画書、通所介護計画書
	個別機能訓練計画の作成に当たり、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問	<input type="checkbox"/> 実施	
	機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画(目標、実施時間、実施方法等を記載)を作成	<input type="checkbox"/> 実施	
	適切なアセスメントを経て、生活機能維持・向上に向けた具体的かつ分かりやすい目標を設定	<input type="checkbox"/> 実施	
	類似の目標で同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団の利用者に対し、機能訓練指導員が直接機能訓練を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	訓練開始後3月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問し、生活状況を確認	<input type="checkbox"/> 実施	
	訓練開始時及び3月ごとに1回以上計画内容(評価を含む)を説明し、記録している	<input type="checkbox"/> 実施	
看護体制加算 (I)	常勤の看護師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)	常勤換算で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1人以上配置(空床型の場合はさらに人員基準配置数+1であること)	<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
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<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	備考
看護体制加算（Ⅲ）イ	利用定員が29人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定日の属する年度の前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の70以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤の看護師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護体制加算（Ⅰ）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	
看護体制加算（Ⅲ）ロ	利用定員が30人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定日の属する年度の前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の70以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤の看護師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護体制加算（Ⅰ）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	
看護体制加算（Ⅳ）イ	利用定員が29人以下	<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
	算定日の属する年度の前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の70以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤換算で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1人以上配置(空床型の場合はさらに人員基準配置数+1であること)	<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	
	看護体制加算（Ⅱ）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	
看護体制加算（Ⅳ）ロ	利用定員が30人以上50人以下	<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
	算定日の属する年度の前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の70以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤換算で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1人以上配置(空床型の場合はさらに人員基準配置数+1であること)	<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	
	看護体制加算（Ⅱ）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	備考
医療連携強化加算	看護体制加算(Ⅱ)を算定	<input type="checkbox"/> あり	※ 加算別表3を作成すること
	看護職員による定期的な巡視(おおむね1日3回以上)	<input type="checkbox"/> 実施	
	あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急時の医療提供の方針について、利用者の同意を得て文書により記録	<input type="checkbox"/> あり	
	在宅中重度者受入加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)	次のいずれかに該当 ①夜勤を行う看護職員又は介護職員の数(1日平均夜勤職員数)が夜勤職員基準に1を加えた数以上配置 ②次の要件を満たし、かつ夜勤を行う看護職員又は介護職員の数(1日平均夜勤職員数)が夜勤職員基準に0.9を加えた数以上配置 a)見守り機器を入所者の数の15/100以上設置 b)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、必要な検討等を実施	<input type="checkbox"/> 配置	
夜勤職員配置加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)	次のいずれかに該当 ①夜勤を行う看護職員又は介護職員の数(1日平均夜勤職員数)が夜勤職員基準に1を加えた数以上配置 ②次の要件を満たし、かつ夜勤を行う看護職員又は介護職員の数(1日平均夜勤職員数)が夜勤職員基準に0.9を加えた数以上配置 a)見守り機器を入所者の数の15/100以上設置 b)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、必要な検討等を実施 ・夜勤時間帯を通じて、看護職員又は ① 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為に係る実地研修を修了している介護福祉士 ② 特定登録証の交付を受けた特定登録者 ③ 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者 ④ 認定特定行為業務従事者 のいずれかを1人以上配置し、①②③に該当する職員を配置する場合にあつては喀痰吸引等業務の登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けていること。	<input type="checkbox"/> 配置          <input type="checkbox"/> 配置	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断し、介護支援専門員・受入事業所職員と連携し、利用者又は家族の同意を得て短期入所生活介護を開始	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表4を作成すること
	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、短期入所生活介護の利用を開始していない	<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	
	利用開始日から7日を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<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	
	利用者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	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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回を限度に算定	<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、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
療養食の献立表の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
在宅中重度者受入加算	利用者が利用していた訪問看護事業所に入所中の健康上の管理を行わせる際、委託契約を締結している	<input type="checkbox"/> 実施	※ 加算別表5を作成すること
	健康上の管理等に関する医師の指示は短期入所生活介護事業所の配置医師が行っている	<input type="checkbox"/> 実施	
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	※ 加算別表6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	※ 加算別表6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	備考
緊急短期入所受入加算	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	
	介護を行う者が急な疾病にかかったり、その他やむを得ない理由により、居宅で介護を受けることができず、当該日に居宅サービス計画上で利用が計画されていない者を対象	<input type="checkbox"/> 該当	
	既に緊急利用者を受け入れており、追加の受入ができない場合であっても、他の事業所を紹介するなどの対応を行う	<input type="checkbox"/> 該当	
	あらかじめ介護支援専門員が緊急必要性及び利用を認めている。(やむを得ない場合に限り事後の判断も可)	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急枠以外の空床は埋まっており、緊急利用枠に受け入れた。(男女部屋の関係、利用日数等やむを得ない理由があれば残っている空床を緊急利用枠として利用できる例外あり)	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用理由、期間、受入後の対応、利用者の居宅サービス計画(変更前後とも)等を記録・保管している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用を開始した日から7日を限度に算定(介護者の疾病が長引いた等の理由により在宅復帰が困難になった場合は14日まで)	<input type="checkbox"/> 該当	
長期利用者に対する減算	連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所(同一の設備及び備品を利用した指定短期入所生活介護以外のサービスを含む)している者へのサービスの提供	<input type="checkbox"/> あり	
	同一事業所の長期間利用について、居宅サービス計画で確認	<input type="checkbox"/> 実施	
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占める割合が6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7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	備考
サービス提供体制強化加算 (I) □	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7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占める割合が7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7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)	直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の職員の占める割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当	
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	<input type="checkbox"/> 該当		
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的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		
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		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
<b>介護予防短期入所生活介護</b>			
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"/> // 2人未満	
	利用者数61人以上80人以下	<input type="checkbox"/> // 3人未満	
	利用者数81人以上100人以下	<input type="checkbox"/> // 4人未満	
	利用者数101人以上	<input type="checkbox"/> // 4に利用者の合計数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数未満	
	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	
機能訓練指導員加算	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	
	利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	※ 加算別表2を作成すること  (様式等参考) 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(H27.3.27老振発第0327第2号) 興味・関心チェックシート、居宅訪問チェックシート、個別機能訓練計画書、通所介護計画書
	個別機能訓練計画の作成に当たり、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問	<input type="checkbox"/> 実施	
	機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画(目標、実施時間、実施方法等を記載)を作成	<input type="checkbox"/> 実施	
	適切なアセスメントを経て、生活機能維持・向上に向けた具体的かつ分かりやすい目標を設定	<input type="checkbox"/> 実施	
	類似の目標で同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団の利用者に対し、機能訓練指導員が直接機能訓練を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	訓練開始後3月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問し、生活状況を確認	<input type="checkbox"/> 実施	
	訓練開始時及び3月ごとに1回以上計画内容(評価を含む)を説明し、記録している	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている	□ 該当	加算別表1を作成すること
	上記アセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行う際に、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。	□ 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	□ 該当	
	個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、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、利用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、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている	□ 該当	
	個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している	□ 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利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている	□ 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、利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該入所者の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	□ 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、利用者ごとに保管され、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧可能	□ 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断し、介護支援専門員・受入事業所職員と連携し、利用者又は家族の同意を得て短期入所生活介護を開始	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表4を作成すること
	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、短期入所生活介護の利用を開始していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	
	利用開始日から7日を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<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	
	利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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回を限度に算定	<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、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
療養食の献立表の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	備考
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占める割合が6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7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占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7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占める割合が7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
サービス提供体制強化加算 (III)	直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の職員の占める割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	※ 加算別表7を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
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的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	

点検項目	点検事項	点検結果	備考
	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)

## 加算別表1

### 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利用者

利用者名	利用開始日	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	左記計画の利用者への説明日	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)	左記計画の利用者への説明日

※1 実地指導実施月の6か月前に利用を開始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利用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 「左記計画の利用者への説明日」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。

加算別表2

個別機能訓練加算について

○個別機能訓練加算を算定した利用者

利用者名	利用開始日	居宅への訪問年月日	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	左記計画の利用者への説明日	第1回評価実施年月日	居宅への訪問年月日	個別機能訓練計画作成日 (更新・変更)	左記計画の利用者への説明日	第2回評価実施年月日
①	..	..	..		..	..	..	..	..	..
②	..	..	..		..	..	..	..	..	..
③	..	..	..		..	..	..	..	..	..
④	..	..	..		..	..	..	..	..	..

※1 実地指導実施月の6か月前に利用を開始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利用を開始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 「左記計画の利用者への説明日」については、個別機能訓練計画を利用者等に説明し(て同意をもら)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」と記載願います。

※5 「居宅への訪問年月日」については、機能訓練指導員等が利用者の居宅へ訪問し、生活状況の確認・計画内容の説明等を行った日を記載してください。

○個別機能訓練加算を算定した利用者[続き]

利用者	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			
②			
③			
④			

【実地指導実施月の前々月の状況】

○理学療法士等の配置

( 年 月)

職員名	常勤・非常勤	専従・兼務	兼務の職種	辞令等の有無	備考

※1 「常勤・非常勤」、「専従・兼務」は、該当する勤務形態を記載してください。

※2 「辞令等の有無」には、事業所において、当該職員を機能訓練指導員業務に専従(担当)させていることが分かる辞令又は雇用契約書等の有無について記載してください。

加算別表3

医療連携強化加算

【実地指導実施月の前々月の状況】

○医療連携強化加算を算定した利用者

( 年 月)

利用者名	利用開始日	利用者の状態 (下のイ〜リから選択)	協力医療機関との緊急やむを得ない 場合の取り決めの内容及び急変の際 の対応に係る利用者の同意年月日	看護職員の 定期的な巡視の状況	備 考
	..		..	1日おおむね__回	
	..		..	1日おおむね__回	
	..		..	1日おおむね__回	
	..		..	1日おおむね__回	
	..		..	1日おおむね__回	
<p>イ. 喀痰吸引を実施している                      ロ. 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している                      ハ. 中心静脈注射を実施している                      ニ. 人工腎臓を実施している                      ホ. 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している</p> <p>ヘ. 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している                      ト. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている                      チ. 褥瘡に対する治療を実施している                      リ. 気管切開が行われている</p>					

- ※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 「利用者の状態」については、下欄のイ〜リから、利用者が該当する状態を選択し、その記号を記載してください。
- ※4 「協力医療機関との緊急やむを得ない場合の取り決めの内容及び急変の際の対応に係る利用者の同意年月日」については、利用者に説明し、同意を得た年月日を記載してください。
- ※5 「看護職員の定期的な巡視の状況」については、定期的に当該利用者のもとを訪れて、バイタルサインや状態変化の有無を確認する1日当たりの回数を記載してください。

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、医師が緊急に短期入所生活介護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、短期入所生活介護の利用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。

加算別表5

在宅中重度者受入加算

○在宅中重度者受入加算を算定した利用者

( 年 月実施)

利用者名	居宅サービス計画への位置付けの有無	該当サービスに係るサービス担当者会議の開催の有無	短期入所生活介護事業所の医師の指示の有無	訪問看護事業所との委託契約等の有無	備考

※1 実地指導実施月の前々月から前1年間において、該当するケースを記載してください。

※2 「居宅サービス計画への位置付けの有無」については、当該加算を利用することを居宅サービス計画に位置付けている場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※3 「該当サービスに係るサービス担当者会議の開催の有無」については、関係したサービスを召集してサービス担当者会議を開催した場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※4 「短期入所生活介護事業所の医師の指示の有無」については、当該利用者の健康管理上の指示を短期入所生活介護事業所配置の医師が行っている場合は「有」と、ない場合は「無」と記載してください。

※5 「訪問看護事業所との委託契約等の有無」については、短期入所生活介護事業所が当該加算に係る業務について訪問看護事業所と委託契約を締結した利用者の健康管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払っている場合は「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 6

### 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】

( 年 月)

○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利用者の状況等

	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
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の利用者数 ②														
日常生活自立度Ⅳの利用者数 ③														
日常生活自立度Ⅴの利用者数 ④														
利用者総数 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
-----------------	-------

加算別表7

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		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	年 12月	1月	2月	年 3月	計(人)
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)															
	②/①(前年度実績が6月未満の事業所)															(%)

※ 1 介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たっ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		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	年 12月	1月	2月	年 3月	計(人)
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)															
	②/①(前年度実績が6月未満の事業所)															(%)

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

区 分		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	年 12月	1月	2月	年 3月	計(人)
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)															
	②/①(前年度実績が6月未満の事業所)															(%)

※ 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29年4月における勤務年数3年以上の者とは、平成29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。