

様式第7号

# (介護予防) 特定施設入居者生活介護 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) :

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
  - 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) 特定施設入居者生活介護)

※ 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		点検年月日	
記入者職氏名			

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、加算等一覧、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	記入欄		
		適	不適						
<b>I 人員基準 (注)</b>									
1 従業者の員	(1)	a	【生活相談員】 生活相談員を、常勤換算方法で、総利用者数が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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般病床等をH36.3.31までに転換し、医療機関併設型指定特定施設とした場合、サービス提供が適切に行われると認められるときは実情に応じた適当数でよい	条例第218条 (第204条)	勤務実績表等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	b	生活相談員のうち、1人以上は常勤ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )				
	(2)	a	【看護職員(看護師、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以上となっていますか。  ※ 「看護職員及び介護職員の合計数」について、要介護者の利用者の数に、要支援の利用者1人を要介護者0.3人と換算して合計した利用者数をもとに、3又はその端数を増すごとに1以上と算出する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			勤務実績表等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	b	看護職員の配置人員は、以下の基準のとおり適切ですか。  ① 総利用者数が30を超えない指定特定施設にあつては、常勤換算方法で、1以上 ② 総利用者数が30を超える指定特定施設にあつては、常勤換算方法で、1に総利用者数が30を超えて50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )		
c	常に1以上の指定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。  ※ 指定介護予防特定施設入居者生活介護のみを提供する場合の宿直時間帯については、この限りではない	<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	記入欄
		適	不適				
	d 看護職員及び介護職員は、主として指定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。  ※ 指定介護予防特定施設入居者生活介護のみを提供する場合は、介護職員及び看護職員のうちいずれか1人が常勤であれば足りる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
(3)	【機能訓練指導員】 a 機能訓練指導員を1以上配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般病床等をH36.3.31までに転換し、医療機関併設型指定特定施設とした場合、サービス提供が適切に行われると認められるときは置かないことが可		勤務実績表等	※（適・要検討・否）
	b 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（※）が配置されていますか。  ※1 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 ※2 はり師又はきゅう師（上記※1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）
(4)	【計画作成担当者】 a 計画作成担当者を1以上配置していますか。  ※ 総利用者数が100又はその端数を増すごとに1が標準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般病床等をH36.3.31までに転換し、医療機関併設型指定特定施設とした場合、サービス提供が適切に行われると認められるときは実情に応じた適当数でよい		勤務実績表等	※（適・要検討・否）
	b 計画作成担当者は、介護支援専門員であって、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者となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	c 計画作成担当者は、専らその職務に従事していますか。 《注意》 計画作成担当者がその職務に専従している場合は「適」にチェックし、次の(4)-d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(4)-dを回答してください。  ※ 基準上、利用者の処遇に支障がない場合は、当該特定施設における他の職務との兼務が可	<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）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄		
		適	不適						
	d	<p>計画作成担当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。</p> <p>→ 下記の事項について記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定施設内で他職種と兼務している場合はその職種名 ( )</li> <li>・ 特定施設以外で他職種と兼務している場合はその事業所名、職種名、勤務時間数 事業所名 : ( ) 職種名 : ( ) 勤務時間数 : ( )</li> </ul> <p>《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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )	
2 管理者	(1)	a	<p>管理者は、専ら指定特定施設の管理業務に常勤で従事していますか。</p> <p>《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)-bの回答は不要です。</p> <p>専従していない場合は「不適」にチェックし、次の(1)-bを回答してください。</p> <p>※ 基準上、管理業務に支障がないときは兼務が可</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>※「不適」の場合チェック</p> <p><input type="checkbox"/>他の職種等と兼務のため</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に記載）</p>	<p>条例第219条 (第205条)</p>		※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
		b	<p>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。</p> <p>→ 下記の事項について記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定特定施設内で他職種と兼務している場合はその職種名 ( )</li> <li>・ 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 : ( )</li> </ul> <p>《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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>勤務実績表等</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	記 入 欄
		適	不適				
	<p>(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、②兼務を含めた職種、③勤務形態、④氏名、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>						

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
<b>II 設備基準</b>							
1 設備に関する基準	(1)	<p>指定特定施設の建物は、耐火建築物又は準耐火建築物となっていますか。</p> <p>※ 利用者の日常生活のために使用しない附属の建物を除く</p> <p>《注意》 指定特定施設の建築物が耐火建物又は準耐火建物の場合は、次の 1-(2) の回答は不要です。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第220条 (第206条)	平面図等	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(2)	<p>指定特定施設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ていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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ものであること</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(3) a	<p>指定特定施設は、一時介護室、浴室、便所、食堂及び機能訓練室を有していますか。</p> <p>※ 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っては一時介護室を、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っては機能訓練室を設けないことができる</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般病床等をH36.3.31までに転換し、医療機関併設型指定特定施設とした場合、浴室、便所及び食堂についてはサービス提供が適切に行われると認められるときは置かないことが可		※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	b	<p>【介護居室】 介護居室は、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人とする事</li> <li>※ 利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とする事ができる</li> <li>・ 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あること</li> <li>・ 地階に設けてはならないこと</li> <li>・ 1以上の出入口は、避難上有効な空き地、廊下又は広間に直接面して設けること</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	記入欄
		適	不適				
	c 【一時介護室】 一時介護室は、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"/>				※（適・要検討・否）
	d 【浴室】 浴室は、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"/>				※（適・要検討・否）
	e 【便所】 便所は、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"/>				※（適・要検討・否）
	f 【食堂】 食堂は、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"/>				※（適・要検討・否）
	g 【機能訓練室】 機能訓練室は、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"/>			平面図等	※（適・要検討・否）
	(4) 指定特定施設は、利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造を有していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(5) 指定特定施設は、消火設備その他非常災害に際して必要な設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(6) 指定特定施設の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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(7) (3)の設備は、利用者へのサービスの向上及び特定施設従事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"/>				※（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	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契約の締結等	(1)	<p>あらかじめ、入居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、説明していますか。</p> <p>※契約書・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。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>・事業の目的及び運営方針</td><td></td></tr> <tr><td>・従業者の職種、員数及び職務内容</td><td></td></tr> <tr><td>・入居定員及び居室数</td><td></td></tr> <tr><td>・サービス内容及び利用料その他の費用の額</td><td></td></tr> <tr><td>・施設の概要、施設の利用に当たっての留意事項</td><td></td></tr> <tr><td>・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</td><td></td></tr> <tr><td>・緊急時等における対応方法</td><td></td></tr> <tr><td>・非常災害対策</td><td></td></tr> <tr><td>・要介護状態区分等に応じて提供する標準的な介護サービスの内容</td><td></td></tr> <tr><td>・利用料の改定の方法</td><td></td></tr> <tr><td>・事故発生時の対応</td><td></td></tr> <tr><td>・契約解除の条件</td><td></td></tr> </tbody> </table>	項目	記入欄	・事業の目的及び運営方針		・従業者の職種、員数及び職務内容		・入居定員及び居室数		・サービス内容及び利用料その他の費用の額		・施設の概要、施設の利用に当たっての留意事項		・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		・緊急時等における対応方法		・非常災害対策		・要介護状態区分等に応じて提供する標準的な介護サービスの内容		・利用料の改定の方法		・事故発生時の対応		・契約解除の条件		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第221条 (第207条)	契約書・重要事項説明書	※（適・要検討・否）
	項目	記入欄																																
	・事業の目的及び運営方針																																	
	・従業者の職種、員数及び職務内容																																	
	・入居定員及び居室数																																	
・サービス内容及び利用料その他の費用の額																																		
・施設の概要、施設の利用に当たっての留意事項																																		
・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																																		
・緊急時等における対応方法																																		
・非常災害対策																																		
・要介護状態区分等に応じて提供する標準的な介護サービスの内容																																		
・利用料の改定の方法																																		
・事故発生時の対応																																		
・契約解除の条件																																		
(2)	入居及び指定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"/>				※（適・要検討・否）																											
(3)	<p>(2)の契約において、入居者の権利を不当に狭めるような契約解除の条件は定めてはいませんか。</p> <p>《注意》 定めていない場合は「適」に、定めている場合は「不適」にチェックしてください。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			契約書・重要事項説明書	※（適・要検討・否）																											
(4)	より適切な指定特定施設入居者生活介護を提供するため利用者を介護居室又は一時介護室に移して介護を行うこととしている場合にあっては、利用者が介護居室又は一時介護室に移る際の利用者の意思の確認等の適切な手続をあらかじめ上記(2)の契約に係る文書に明記していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）																											
2 指定特定施設入居者生活介護の提供の開始等	(1)	<p>正当な理由なく入居者に対する指定特定施設入居者生活介護の提供を拒んだことはありませんか。</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"/>		条例第222条 (第208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	記入欄
		適	不適				
	(2)	入居者が指定特定施設入居者生活介護に代えて当該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。  《注意》 妨げていない場合は「適」に、いる場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(3)	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入居者等に対し自ら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"/>			※（適・要検討・否）
	(4)	指定特定施設入居者生活介護の提供に当たっては、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		フェイスシート等	※（適・要検討・否）
3 受給資格等の確認	(1)	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第12条準用 (第12条準用)	※（適・要検討・否）
	(2)	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特定施設入居者生活介護を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
4 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第13条準用 (第13条準用)	※（適・要検討・否）
	(2)	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(3)	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
5 サービス提供の記録	(1) a	指定特定施設入居者生活介護の開始に際しては、開始の年月日及び入居している指定特定施設の名称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"/>		条例第224条 (第210条)	※（適・要検討・否）
	b	指定特定施設入居者生活介護の終了に際しては、終了の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"/>			※（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	記入欄
		適	不適				
	(2)	指定特定施設入居者生活介護を提供した際には、サービスの提供日、サービスの内容、利用者の状況などを記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス提供の記録	※（適・要検討・否）
6 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特定施設入居者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"/>		条令第225条（第211条）	※（適・要検討・否）
	(2)	法定代理受領サービスでない指定特定施設入居者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特定施設入居者生活介護に係る費用の額の間、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"/>			※（適・要検討・否）
	(3)	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、サービス内容及び費用について説明を行い、同意を得ていますか。  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、その利用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"/>			契約書・重要事項説明書
7 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特定施設入居者生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定特定施設入居者生活介護の内容、費用の額などを記載したサービス提供証明書を利用者に交付を行っていますか。  ※ ここでいう「サービス提供証明書」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"/>		条令第22条準用（第22条準用）	※（適・要検討・否）
8 指定特定施設入居者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"/>		条令第226条（第212条、第219条、第220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	記入欄
		適	不適				
	(2)	指定特定施設入居者生活介護は、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っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		特定施設サービス計画、サービス提供の記録等	※（適・要検討・否）
	(3)	指定特定施設入居者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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(4)	指定特定施設入居者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"/>			※（適・要検討・否）
	(5)	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"/>		状況報告書の3(1)(2)、身体拘束に係る記録	※（適・要検討・否）
	(6)	a 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
		b 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
		c 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）に実施するとともに新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(7)	自らその提供する指定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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		状況報告書の3(8)	※（適・要検討・否）
9 特定施設サービス計画の作成	(1)	管理者は、計画作成担当者に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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第227条(第220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	記入欄
		適	不適				
	(2)	計画作成担当者は、特定施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		アセスメント結果の記録、特定施設サービス計画等	※（適・要検討・否）
	(3)	計画作成担当者は、利用者又はその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題に基づき、他の特定施設従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容並びにサービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ特定施設サービス計画の原案を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(4)	特定施設サービス計画の作成に当たっては、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(5)	特定施設サービス計画を作成した際には、特定施設サービス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）
	(6) a	計画作成担当者は、特定施設サービス計画作成後においても、他の特定施設従業者との連絡を継続的に行うことにより、特定施設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、必要に応じて特定施設サービス計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			アセスメント結果の記録、特定施設サービス計画、モニタリング結果の記録等
	b	特定施設サービス計画を変更する場合は、(2)～(5)をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		※（適・要検討・否）	
10 介護	(1)	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第228条(第221条)	※（適・要検討・否）
	(2)	自ら入浴が困難な利用者の心身の状況や自立支援を踏まえて、1週間に2回以上、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(3)	利用者の心身の状況や排せつ状況などを基に自立支援を踏まえて、トイレ誘導や排せつ介助などについて適切な方法により、必要な援助を行っていますか。	<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	記入欄
		適	不適				
	(4)	利用者に対し、心身の状況や要望に応じて、1日の生活の流れに沿って、食事、離床、着替え、整容などの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"/>			※（適・要検討・否）
11 機能訓練	(1)	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス提供の記録等 条例第159条準用 (第148条準用)	※（適・要検討・否）
12 健康管理	(1)	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第229条準用 (第222条準用)	※（適・要検討・否）
13 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、利用者の社会生活に必要な支援を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第230条準用 (第223条準用)	※（適・要検討・否）
14 利用者の家族との連携等	(1)	利用者の生活及び健康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常に利用者と家族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できる機会等を確保するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第231条準用 (第224条準用)	※（適・要検討・否）
15 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へ通知していますか。 ・指定特定施設入居者生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる場合 ・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)	※（適・要検討・否）
16 緊急時等の対応	(1)	利用者の病状の急変など緊急時には、主治医又はあらかじめ定めた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55条準用 (第53条準用)	※（適・要検討・否）
17 管理者の責務	(1)	管理者は、指定特定施設の従業者の管理、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)	※（適・要検討・否）
18 運営規程	(1)	以下の事項を運営規程に定めていますか。 ・事業の目的及び運営方針 ・特定施設従業者の職種、員数及び職務の内容 ・入居定員及び居室数 ・指定特定施設入居者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第232条 (第213条)  運営規程	※（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	記入欄	
			適	不適					
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 施設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>							
19 勤務体制の確保等	(1)	利用者に対し、適切な指定特定施設入居者生活介護その他のサービスを提供できるよう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233条 (第214条)	勤務実績表、雇用契約書等	※（適・要検討・否）	
	(2)	指定特定施設の従業者によって指定特定施設入居者生活介護を提供していますか。  ※ 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、委託等が可能  《注意》 特定施設の従業者によって特定施設入居者生活介護の提供を行っている場合は、次のⅢ-19-(3)の回答は不要です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）	
	(3)	指定特定施設入居者生活介護に係る業務の全部又は一部を委託により他の事業者に行わせている場合は、当該事業者の業務の実施状況について定期的に確認し、その結果等を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				確認結果の記録	※（適・要検討・否）
	(4)	特定施設従業者の資質の向上のために、その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)	※（適・要検討・否）
20 協力医療機関等	(1)	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必要な事項を取り決めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第234条 (第215条)	医療機関との契約書等	※（適・要検討・否）	
	(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。  ※ 努力義務なので、必ずしも定める必要はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）	
21 非常災害対策	(1)	地域の環境及び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、災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知を行っていますか。	<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)	※（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	記入欄	
		適	不適					
	(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"/>			※（適・要検討・否）	
22 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)	状況報告書の3(6)、感染症対策委員会議事録等	※（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"/>				※（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）
23 掲示	(1)	指定特定施設の見やすい場所に、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)		※（適・要検討・否）	
24 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。  ※ 指定特定施設入居者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"/>			利用者からの同意書等	※（適・要検討・否）
25 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)		※（適・要検討・否）	
26 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)		※（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	記 入 欄
		適	不適				
27 地域との連携等	(1)	指定特定施設入居者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235条 (第216条)		※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(2)	指定特定施設入居者生活介護事業の運営に当たっては、その提供した指定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、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他市町村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"/>			
28 苦情処理	(1)	提供した指定特定施設入居者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相談窓口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)、苦情処理簿等	※ ( 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"/>			※ ( 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"/>			※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(4)	指定特定施設入居者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"/>		状況報告書の3(5)	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
29 事故発生時の対応	(1)	指定特定施設入居者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)、事故の記録	※ ( 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"/>			※ ( 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"/>			※ ( 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"/>			※ ( 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	記 入 欄
		適	不適				
30 会計の区分	(1)	指定特定施設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)	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
31 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236条 (第217条)	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
	(2)	特定施設入居者生活介護の提供に関する記録（特定施設サービス計画、サービス実施記録等）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"/>			※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )
32 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44条	※ ( 適 ・ 要検討 ・ 否 )

勤務実績表

# 記入例

事業所名	
サービスの種類	(介護予防)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 ) 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	労働換算 の人数	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	○	○	○	○	○	×	×	○	○	○	0	0	×	×	○	○	0	○	○	×	×				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	○	○	○	○	○	×	×	○	○	○	研修	研修	×	×	○	○	有休	○	○	×	×				社会福祉士	
生活相談員	B	●田●男	0	0	0	0	0	×	×	0	0	0	○	○	×	×	0	0	○	0	0	×	×				社会福祉士、管理者と兼務	
介護職員	A	◇川◇花	①	①	②	③	④	×	×	①	①	①	有休	有休	×	×	①	①	②	③	④	×	×				職種に必要な資格を明記すること	
介護職員	C	○富○恵	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	×	×	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	×	×	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	×	×					
介護職員	D	▲下▲子	⑤	⑤	×	0	⑤	×	×	⑤	0	×	⑤	⑤	×	×	0	0	0	×	⑤	×	×				看護職員と兼務	
看護職員	A	□藤□子	○	○	○	有休	○	×	×	○	有休	○	○	○	×	×	研修	研修	研修	○	○	×	×				看護師	
看護職員	B	◆海◆美	○	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○	○	×	×				准看護師、機能訓練指導員と兼務	
看護職員	D	▲下▲子	0	0	×	⑤	0	×	×	0	⑤	×	0	0	×	×	⑤	⑤	⑤	×	0	×	×				准看護師、介護職員と兼務	
																											合計	

省略

勤務時間凡例

表記	勤務時間帯	休憩時間帯	勤務時間数
○	8:30~17:30	12:00~13:00	8
①	7:30~16:30	11:00~12:00	8
②	9:00~18:00	13:00~14:00	8
③	15:00~24:00	19:00~20:00	8
④	0:00~9:00	4:00~5:00	8
⑤	10:00~17:00	12:30~13:30	6

- 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」)
- 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。



点検項目	点検事項	点検結果	
<b>特定施設入居者生活介護費</b>			
短期利用特定入居生活介護費	事業者が居宅サービス等の事業又は介護保険施設等の運営について3年以上の経験を有する	<input type="checkbox"/> 該当	入居者数がわかる書類 利用者との契約書 等
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	短期利用特定施設入居者生活介護を受ける入居者の数が入居定員の10/100以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	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ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	権利金、その他の金品を受領していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護保険法等の規定による勧告等を受けた日から起算して5年以上経過していない	<input type="checkbox"/> 非該当	
身体拘束廃止未実施減算 【平成30年4月1日から】	身体的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3月に1回以上開催し、その内容を周知	<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	
	身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
入居継続支援加算 【平成30年4月1日から】	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（喀痰吸引等）を必要とする者の占める割合が利用者の100分の15以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表1を作成すること
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	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の算定	<input type="checkbox"/> なし	

生活機能向上連携加算 【平成30年4月1日から】	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、当該特定施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	加算別表2を作成すること
	個別機能訓練計画の作成に当たり、理学療法士等は機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練計画には利用者ごとに目標、実施時間、実施方法等の内容を記載	<input type="checkbox"/>	あり	
	個別機能訓練計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	3月ごとに1回以上、理学療法士等が事業所を訪問し、機能訓練指導員と共同で個別機能訓練計画の進捗状況等について評価	<input type="checkbox"/>	実施	
	3月ごとに1回以上、利用者等へ個別機能訓練計画の内容(評価を含む)や進捗状況を説明し、記録を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
	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等及び理学療法士等に報告・相談し、助言を得た上で必要に応じて目標や訓練内容を変更	<input type="checkbox"/>	実施	
	機能訓練に関する実施時間、訓練内容、担当者等の記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/>	あり	
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人以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	加算別表2を作成すること
	利用者数が100人超の場合、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人以上、かつ、機能訓練指導員を常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	機能訓練指導員その他の職種職員共同による利用者ごとの個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/>	作成	
	開始時における利用者等に対する個別機能訓練計画の内容説明	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	3月ごとに利用者に対する個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練の効果、実施方法等に対する評価	<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)の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/>	あり	

夜間看護体制加算	常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めている	<input type="checkbox"/>	配置	夜間連絡・対応体制の指針、マニュアル等 重度化対応のための指針
	24時間連絡体制の確保等	<input type="checkbox"/>	あり	
	重度化した場合における対応に係る指針	<input type="checkbox"/>	あり	
	入居の際に利用者等に対する指針の内容についての説明と同意	<input type="checkbox"/>	あり	
若年性認知症入居者受入加算【平成30年4月1日から】	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	
医療機関連携加算	看護職員が前回情報提供日から次回情報提供日までの間で、利用者毎に健康状況を随時記録	<input type="checkbox"/>	あり	情報提供の記録 利用者の健康状態の記録 等
	利用者の同意	<input type="checkbox"/>	あり	
	協力医療機関又は利用者の主治医に月1回以上情報提供	<input type="checkbox"/>	あり	
	協力医療機関等と提供する情報内容を定めている	<input type="checkbox"/>	あり	
	協力医療機関等の医師から情報提供の受領の確認を得ている	<input type="checkbox"/>	あり	
口腔衛生管理体制加算【平成30年4月1日から】	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3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、歯科医師からの指示の要点等必要な事項を記載	<input type="checkbox"/>	あり	

栄養スクリーニング加算 【平成30年4月1日から】	利用開始時及び利用中6月ごとに下記イ～ニに関する確認 イ BMIが18.5未満 ロ 1～6月間で3%以上の体重減少又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9老発第0609001号）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下 ニ 食事摂取量が不良（75%以下）	<input type="checkbox"/> 実施	
	確認した栄養状態に関する情報（上記イ～ニ）を介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	当該事業所以外での栄養スクリーニング加算の算定	<input type="checkbox"/> なし	
	栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間、又は終了した日の属する月（※栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は同月に両加算を算定可）	<input type="checkbox"/> 非該当	
退院・退所時連携加算 【平成30年4月1日から】	退院又は退所に当たって、医療提供施設の職員と面談等を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で特定施設サービス計画を作成し、利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から当該指定特定施設に入居した場合	<input type="checkbox"/> 該当 <small>入居日から30日間算定</small>	
	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当該指定特定施設に再入居した場合	<input type="checkbox"/> 該当 <small>再入居日から30日間算定</small>	
	過去3月間の間に当該特定施設に入居したことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該施設の短期利用特定施設入居者生活介護を利用していた者が日を空けることなく入居した場合	<input type="checkbox"/> 短期の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定	



看取り介護加算	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	加算別表 4 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共同して利用者の介護に係る計画を作成し、利用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、利用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	
	利用者又はその家族等への説明には、利用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	
	夜間看護体制加算を算定している	<input type="checkbox"/>	該当	
	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説明、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	
	退居後も継続して利用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利用者の死亡を確認している。また、退居等の際、医療機関等との情報共有について家族等に説明し、文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/>	あり	
看取りに関する職員研修	<input type="checkbox"/>	あり		
認知症専門ケア加算 I	利用者総数のうち介護を必要とする認知症者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者、以下「対象者」という。)の割合が5割以上(前3月の各月末時点の利用者数の平均)	<input type="checkbox"/>	該当	加算別表 5 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以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が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"/>	あり	
	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実施	<input type="checkbox"/>	あり	

認知症専門ケア加算Ⅱ	利用者総数のうち介護を必要とする認知症者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者、以下「対象者」という。)の割合が5割以上(前3月の各月末時点の利用者数の平均)	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表5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以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が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"/> あり	
	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実施	<input type="checkbox"/> あり	
	専門的な研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等	<input type="checkbox"/> 実施	
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> あり	
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割合が6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表6を作成すること
	人員基準欠如に該当しないこと	<input type="checkbox"/> 非該当	
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割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表6を作成すること
	人員基準欠如に該当しないこと	<input type="checkbox"/> 非該当	
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割合が7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表6を作成すること
	人員基準欠如に該当しないこと	<input type="checkbox"/> 非該当	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	直接処遇職員(生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員)の総数のうち勤続年数3年以上の職員の割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	加算別表6を作成すること
	人員基準欠如に該当しないこと	<input type="checkbox"/> 非該当	

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、市に届け出ている	<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市へ報告	<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いる	<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		

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)

## 入居継続支援加算

### 加算別表1

#### 1 入居者割合要件

区 分		月	月	月	計(人)
①	入居者数(各月末日の実人数)				
②	①のうち、たん吸引等が必要な者(各月末日の実人数)				
②/①		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!(%) ≥ 15%

※ 1 実地指導の前々月の前3月の実績について記入すること。(例:実地指導が平成31年4月に行われる場合、平成30年12月から平成31年2月まで)

※ 2 全入居者数は、月の末日時点とすること。

※ 2 たん吸引等とは、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及び経鼻経管栄養

#### 2 介護福祉士要件

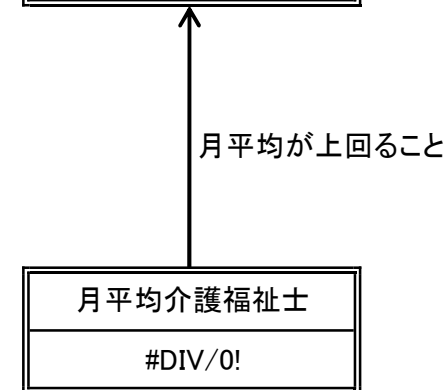
##### ア 介護福祉士の必要数

	年度					
前年度の全利用者の延数		÷ 365日	=	平均利用者数(a)	(a) ÷ 6	=

必要介護福祉士

##### イ 月平均の介護福祉士数

介護福祉士数		月	月	月
①	常勤			
②	非常勤			
③	常勤換算			



※ 1 前年度の利用者数は、実地指導の実施年度の前年度の利用者数を用いること

※ 2 介護福祉士は、各月の前月の末日時点で資格を取得していること

加算別表2

個別機能訓練加算及び生活機能向上連携加算について

○個別機能訓練加算・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	(理学療法士等の訪問年月日)	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(連携理学療法士等の所属等)	左記計画の利用者への説明日	(理学療法士等の訪問年月日)	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	第2回評価実施年月日
①	年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
②	年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
③	年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
④	年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

- ※1 実地指導月の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 「理学療法士等の訪問年月日」には訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が当該特定施設を訪問した日を記載してください。なお、生活機能向上連携加算の算定がない場合は記載不要です
- ※3 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」には、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。生活機能向上連携加算を算定している場合は、訪問リハビリテーション事業所等の名称及び理学療法士等の職種も記載してください。
- ※4 「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(て同意をもらっ)た日を記載してください。

○[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			

※1 個別機能訓練に関する記録の中にそれぞれ記録されている場合は「有」を、記録されていない場合は「無」と記載してください。

【実地指導実施月の前々月の状況】

○理学療法士等の配置(個別機能訓練加算を算定している場合)

( 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。

○外部のリハビリテーション専門職との連携(生活機能向上連携加算を算定している場合)

訪問リハビリテーション事業所等の名称	担当職員名	職種	契約等の有無	備考

# 自己点検表(加算別表)

## 口腔衛生管理体制加算

### 加算別表3

○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4

### 看取り介護加算について

○看取り介護加算を算定した利用者

( 年 月 )

No.	利用者名	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	利用者の死亡日	死亡した場所	退居日及び退居先	利用者の介護に係る計画		左記利用者の介護に係る計画に対する利用者家族等の同意日
						計画作成日	上記計画作成担当者・共同作成者の職種名	
1								
2								
3								

※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」「退居先」には、当該事業所、居宅、他の医療機関等を記入してください。

No.	実施に当たっての記録の有無			入居月以外の自己負担の説明及び医療機関からの情報提供		退居後の利用者家族への継続した指導等の記録の有無	利用者の介護に係る計画の変更の有無	利用者の状態又は家族の求め等に応じ、随時看取り介護を変更するために利用者家族等に説明し、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	同意の日付			介護に係る計画の変更①			介護に係る計画の変更②		
								書面の同意の有無	利用者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録の有無	書面の同意の有無	利用者家族等の同意日	口頭同意の場合の記録の有無
1	有・無	有・無	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	有・無		有・無	
3	有・無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無		有・無	有・無		有・無	

※3 「入居月以外の自己負担及び医療機関からの情報提供」とは、入居していない月で自己負担が生じる可能性や事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ね情報提供を受けることに対する利用者等への説明を指し、「書面での同意の有無」には、上段に入居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。

※4 介護に係る計画の変更の「口頭同意の場合の記録の有無」は、書面で同意を得ていない場合に記入してください。



# 自己点検表(加算別表)

認知症専門ケア加算について

## 加算別表5

【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のある認知症症状を有する入居者の状況等

	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
対象者数※ 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の入居者数 ②														
日常生活自立度Ⅳの入居者数 ③														
日常生活自立度Mの入居者数 ④														
利用者総数 ⑤														
対象者の割合 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・看護職員ごとの研修計画

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)

## サービス提供体制強化加算

### 加算別表6

(1) 加算の種類について      ① 加算Ⅰ                      ② 加算Ⅱ                      ③ 加算Ⅲ                      ※該当する加算を○で囲ってください。

(2) 人材要件について(該当する加算について、前年度実績を記入してください。)

#### ① サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2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		#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 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 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。

※ 3 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。

※ 4 前年度の実績が6月に満たない施設については、届出を行った月以降の実績を提出すること。

#### ② サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2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		#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 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 前年度の実績が6月に満たない施設については、届出を行った月以降の実績を提出すること。

③ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2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		#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 前年度(3月を除く)の実績について記入すること。

※ 2 直接サービスを提供する職員の範囲は、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員として勤務を行う職員を指す。

※ 3 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30年4月における勤務年数3年以上の者とは、平成30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。

※ 4 前年度の実績が6月に満たない施設については、届出を行った月以降の実績を提出すること。