

# 自己点検シート\_10 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

|         |           |
|---------|-----------|
| 事業所名    | ケアハウス花みずき |
| 点検者職・氏名 | 施設長 吉田 和樹 |
| 点検年月日   | 8年 7月 20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」、該当しないものは「該当なし」にチェックをしてください。  
 ○「都道府県知事」は「市長」に、「都道府県」は「市町村」に読み替えて下さい。  
 ○質「●」は、運営指導において確認を行う、個別サービスの質に関する事項を指します。  
 ○体制「●」は、運営指導において確認を行う、個別サービスの質を確保するための体制に関する事項を指します。

○根拠条文について、下記のとおり記載しています。  
 基準・・・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」  
 予防基準・・・「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に関する基準」平11企老25・・・「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」平12厚告19・・・「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」  
 平18厚労告127・・・「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」  
 平27厚労告96・・・「厚生労働大臣が定める施設基準」  
 H13老発155・・・「身体拘束ゼロ作戦」の推進について」

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目   | 確認事項                                                                                                                                     | 根拠条文                               | 確認書類等 | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |        |                                                                                                                                          |                                    |       | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
| Ⅰ 基本方針 |         |        |                                                                                                                                          |                                    |       |                                     |                          |                          |
|        |         | 1 基本方針 | 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を行うことにより、要介護状態となった場合でも、利用者が当該指定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<br>第174条第1項<br>予防基準<br>第230条第1項 | ・運営規程 | <input checked="" type="checkbox"/> | <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<br>第174条第2項<br>予防基準<br>第230条第2項 |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>●                                                                                                       | 体制<br>● | 点検項目   | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 根拠条文                         | 確認書類等                                                                                       | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                              |         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                             | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
| Ⅱ 人員基準                                                                                                       |         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                             |                                     |                          |                                     |
| ●                                                                                                            | 2       | 従業者の員数 | <p>【生活相談員】</p> <p>常勤換算方法で、利用者の数【前年度の平均値】が100又はその端数を増すごとに1人以上となっていますか。</p> <p>※100人までは常勤換算方法で1人必要<br/>100人超～200人まで常勤換算方法で2人必要</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 | ・勤務表<br>・サービス提供記録<br>・職員名簿、雇用契約書<br>・資格を確認する書類<br>・就業規則<br>・賃金台帳等<br>・利用者の数がわかる書類           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                              |         |        | 1人以上は常勤ですか。（専従要件なし・資格要件なし）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                              |         |        | <p>【看護職員又は介護職員】</p> <p>看護職員及び介護職員の合計数は、常勤換算方法で、要介護者である利用者の数が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）</p> <p>※ 利用者数は、要介護者の利用者として認定を受けている利用者の数に、要支援として認定を受けている利用者1人を要介護者0.3人と換算して合計した利用者数【前年度の平均値】</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 |                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                              |         |        | <p>次に掲げる要件のいずれにも適合する場合に、看護職員及び介護職員の合計数について、常勤換算方法で、要介護者である利用者の数が3又はその端数を増すごとに0.9以上となっていますか。</p> <p>①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図るための取組に関する次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。</p> <p>・利用者の安全及びケアの質の確保<br/>・特定施設従業者の負担軽減及び勤務状況への配慮<br/>・緊急時の体制整備<br/>・業務の効率化、介護サービスの質の向上等に資する機器（次号において「介護機器」という。）の定期的な点検<br/>・特定施設従業者に対する研修</p> <p>②介護機器を複数種類活用していること。</p> <p>③利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図るため、特定施設従業者間の適切な役割分担を行っていること。</p> <p>④利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図る取組による介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていると認められること。</p> |                              |                                                                                             | 基準<br>第175条第9項<br>予防基準<br>第231条第9項  |                          | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                              |         |        | <p>看護職員（看護師又は准看護師）の数は、</p> <p>・利用者の数【前年度の平均値】が30を超えない指定（介護予防）特定施設にあっては、常勤換算方法で1以上となっていますか。</p> <p>・利用者の数が30を超える指定特定施設にあっては、常勤換算方法で、1に利用者の数が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となっていますか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 | 【前年度の平均値】<br>* 前年度とは毎年4月1日に始まり<br>翌年3月31日をもって終わる年度<br><br>* 計算式<br>前年度の全利用者等の延数<br>÷ 前年度の日数 |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>（例）</p> <p>利用者30人まで            常勤換算方法で1人<br/>利用者30人超～80人      常勤換算方法で2人<br/>利用者80人超～130人    常勤換算方法で3人</p> |         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                             |                                     |                          |                                     |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |        | 確認事項                                                                                                                                                                         | 根拠条文                         | 確認書類等                | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |      |        |                                                                                                                                                                              |                              |                      | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
|        |         |      |        | 常に1以上の指定（介護予防）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。                                                                                                                              | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 | ・ 職員勤務表              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |        | 看護職員及び介護職員は、主として指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供に当たるものとし、看護職員のうち1人以上、及び介護職員のうち1人以上は、常勤の者となっていますか。                                                                                      | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 | ・ 勤務表                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |        | ただし、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。                                                                                                               |                              |                      |                                     |                          |                          |
|        |         |      |        | 【機能訓練指導員】<br>1人以上配置していますか。                                                                                                                                                   |                              |                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。                                                                                                                  | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 | ・ 勤務表<br>・ 資格を確認する書類 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | ●       | 3    | 従業者の員数 | ※ 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。） |                              |                      |                                     |                          |                          |
|        |         |      |        | 【計画作成担当者】<br>1人以上配置していますか。<br>（利用者【前年度の平均値】の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）                                                                                                        |                              |                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |        | 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、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。                                                                                                      | 基準<br>第175条<br>予防基準<br>第231条 | ・ 勤務表<br>・ 資格を確認する書類 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |        | ※ただし、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に従事することができる。                                                                                                                              |                              |                      |                                     |                          |                          |
|        | ●       | 4    | 管理者    | 【管理者】<br>常勤専従の管理者を置いていますか。（資格要件なし）<br>※ただし、管理上支障がない場合は、当該施設における他の職務に従事し、又は他の事業所、施設の職務に従事することが可能。                                                                             | 基準<br>第176条<br>予防基準<br>第232条 | ・ 勤務表                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目    | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 根拠条文                               | 確認書類等                        | 点検結果                                |                          |                                     |  |
|--------|---------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
|        |         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                              | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |  |
| Ⅲ 設備基準 |         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                              |                                     |                          |                                     |  |
| ●      | 5       | 設備及び備品等 | 指定（介護予防）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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 基準<br>第177条第1項<br>予防基準<br>第233条第1項 | （目視により確認）                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
|        |         |         | 上記にかかわらず、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、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たときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しません。<br><br>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。<br><br>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。<br><br>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。 | 基準<br>第177条第2項<br>予防基準<br>第233条第2項 |                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|        |         |         | 消防用設備等について下記の基準を満たしていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 消防法令                               |                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
|        |         |         | ア 有料老人ホームのうち、「主として要介護状態にある者を入所させるもの」（介護居室の割合が一般居室を含めた施設全体の定員の半数以上のもの）<br>① 消火器（全ての施設）<br>② スプリンクラー（275㎡以上の施設）<br>③ 自動火災報知設備（全ての施設）<br>④ 消防機関へ通報する火災報知設備（全ての施設）<br>⑤ 消防機関の検査を受けるもの（全ての施設）<br>⑥ 消防計画の作成等を行う防火管理者の選任（収容人員10人以上の施設）<br><br>イ ア以外の有料老人ホーム<br>① 消火器具（150㎡以上の施設）<br>② スプリンクラー（6,000㎡以上の施設）<br>③ 自動火災報知設備（300㎡以上の施設）<br>④ 消防機関へ通報する火災報知設備（500㎡以上の施設）<br>⑤ 消防機関の検査を受けるもの（300㎡以上の施設）                                                |                                    |                              |                                     |                          |                                     |  |
|        |         |         | 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。<br><br>※ 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ます。                                                                                                                                                                                                                                                               | 基準<br>第177条第3項<br>予防基準<br>第233条第3項 | ・ 平面図<br>・ 運営規程<br>・ 設備、備品台帳 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
|        |         |         | 【介護居室】<br><br>一の居室の定員は、1人としていますか。<br>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。<br><br>※夫婦で居室を利用する場合など。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    | ・ 平面図<br>・ 運営規程<br>・ 設備、備品台帳 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目    | 確認事項                                              | 根拠条文                               | 確認書類等 | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|---------|---------------------------------------------------|------------------------------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |         |                                                   |                                    |       | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
| ●      | 5       | 設備及び備品等 | 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。                     | 基準<br>第177条第4項<br>予防基準<br>第233条第4項 |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | ※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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 地階に設けていませんか。                                      |                                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 一以上の出入り口は、避難上有効な空き地、廊下又は広間に直接面して設けていますか。          |                                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 【一時介護室】<br>介護を行うために適切な広さを有していますか。                 |                                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 【浴室】<br>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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 【便所】<br>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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 【食堂・機能訓練室】<br>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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |         | 【構造】<br>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するものですか。      | 基準<br>第177条第5項<br>予防基準<br>第233条第5項 |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <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<br>第177条第7項<br>予防基準<br>第233条第7項 |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 | 確認事項                 | 根拠条文                                                                                                                                                                                  | 確認書類等                              | 点検結果                                         |                                     |                          |                          |
|--------|---------|------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |      |                      |                                                                                                                                                                                       |                                    | 適                                            | 不適                                  | 該当なし                     |                          |
| Ⅳ 運営基準 |         |      |                      |                                                                                                                                                                                       |                                    |                                              |                                     |                          |                          |
| ●      |         | 6    | 内容及び手続の説明及び契約の締結等    | あらかじめ、入居申込者又はその家族に対し、事業所の概要、重要事項（※）について記した文書を交付して説明を行い、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。                                                                                      | 基準<br>第178条第1項<br>予防基準<br>第234条第1項 | ・ 運営規程<br>・ 重要事項説明書<br>・ 利用契約書<br>・ 同意に関する記録 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | ※<br>○運営規程の概要<br>○勤務体制<br>○介護居室、一時介護室、浴室、食堂及び機能訓練室の概要（具体的な広さ）<br>○要介護状態区分に応じて事業者が提供する標準的な介護サービスの内容<br>○利用料の額及びその改定の方法<br>○事故発生時の対応<br>○苦情窓口、苦情処理の体制及び手順等<br>等入居申込者のサービス選択に資すると認められる事項 |                                    |                                              |                                     |                          |                          |
|        |         |      |                      | 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。                                                                                                                                              |                                    |                                              |                                     |                          |                          |
|        |         |      |                      | ※契約書には、介護サービス内容及び利用料その他の費用の額、契約解除の条件を記載すること。                                                                                                                                          | 基準<br>第178条第2項<br>予防基準<br>第234条第2項 | ・ 運営規程<br>・ 利用契約書                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | より適切なサービス提供を行うため、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当該利用者の意思の確認等の適切な手続をあらかじめ契約に係る文書に明記していますか。                                                                 | 基準<br>第178条第3項<br>予防基準<br>第234条第3項 | ・ 運営規程<br>・ 利用契約書                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 7    | 指定特定施設入居者生活介護の提供の開始等 | 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。                                                                                                                                                      | 基準<br>第179条第1項<br>予防基準<br>第235条第1項 | ・ 利用申込受付簿                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 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。                                                                                                                   | 基準<br>第179条第2項<br>予防基準<br>第235条第2項 | ・ サービス提供の記録                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。                                                                                      | 基準<br>第179条第3項<br>予防基準<br>第235条第3項 | ・ 紹介の記録                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●      |         | 8    | 受給資格等の確認             | 利用申込者からサービス提供を求められた場合には、その者の被保険者証で、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。                                                                                                              | 基準<br>第11条<br>予防基準<br>第49条の5       | ・ 利用者に関する記録                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供に際し、その意見を考慮していますか。                                                                                                                                     |                                    |                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 9    | 要介護認定の申請に係る援助        | サービスの提供の開始に際し、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。                                                                                                                         | 基準<br>第12条<br>予防基準<br>第49条の6       | ・ 利用者に関する記録                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 要介護認定の有効期間が終了する30日前には更新申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。                                                                                                                                        |                                    |                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |                   | 確認事項                                                                                                                                                                       | 根拠条文                               | 確認書類等                                | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |      |                   |                                                                                                                                                                            |                                    |                                      | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
| ●      |         | 10   | サービスの提供の記録        | 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。                                                                                                        | 基準<br>第181条第1項<br>予防基準<br>第237条第1項 | ・被保険者証の写し                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                   | 指定特定施設入居者生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。                                                                                                                           | 基準<br>第181条第2項<br>予防基準<br>第237条第2項 | ・利用者に関する記録                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        | ●       | 11   | 利用料等の受領           | 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。                                                                                                                                      | 基準<br>第182条第1項<br>予防基準<br>第238条第1項 | ・サービス提供票・別表<br>・領収書控                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                   | 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を提供した場合の利用料と、居宅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。                                                                                             | 基準<br>第182条第2項<br>予防基準<br>第238条第2項 | ・運営規程<br>・領収書控                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      |                   | 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。<br>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<br>②おむつ代<br>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、利用者負担とすることが適当な費用 | 基準<br>第182条第3項<br>予防基準<br>第238条第3項 | ・運営規程<br>・重要事項説明書<br>・利用契約書<br>・領収書控 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                   | ※介護保険法第41条第8項の規定により交付しなければならない領収証には、法定代理受領サービスの利用者負担分、食費、滞在費及びその他の費用の額を区分して記載し、その他の費用の額については個別の費用ごとに区分して記載すること。                                                            |                                    |                                      |                                     |                          |                                     |
|        |         |      |                   | 上記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。                                                                                                   | 基準<br>第182条第4項<br>予防基準<br>第238条第4項 | ・説明文書<br>・同意に関する記録                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                   | サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付していますか。                                                                                                                                       | 介護保険法<br>第41条<br>第8項               | ・領収書控                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                   | 上記の領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。                                                                                                                                         | 介護保険法<br>施行規則<br>第65条              | ・領収書控                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 12   | 保険給付の請求のための証明書の交付 | 法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、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。                                                                 | 基準<br>第21条<br>予防基準<br>第50条の2       | ・サービス提供証明書控                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                  | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 根拠条文                               | 確認書類等                              | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                    | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
| ●      |         | 13 指定特定施設入居者生活介護の取扱方針 | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 基準<br>第183条第1項                     | ・利用者に関する記録<br>・介護日誌                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | サービス提供は、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われていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基準<br>第183条第2項                     | ・特定施設サービス計画書                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 基準<br>第183条第3項                     | ・重要事項説明書等<br>・特定施設サービス計画書          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基準<br>第183条第4項<br>予防基準<br>第239条第1項 | ・介護日誌<br>・利用者に関する記録<br>・身体拘束に関する記録 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | 《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<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がり方を妨げるようないすを使用する。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。 |                                    |                                    |                                     |                          |                          |
|        |         |                       | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 基準<br>第183条第5項<br>予防基準<br>第239条第2項 | ・身体拘束に関する記録                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | 管理者及び従業者は身体拘束廃止を実現するために正確な事実認識を持っていますか。そのために、管理者は研修等に参加し、又は従業者を参加させるなど意識啓発に努めていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | H13老発155の<br>2, 3                  | ・研修等に関する記録                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | 管理者及び各職種の従業者で構成する「身体拘束廃止委員会」などを設置し、事業所全体で身体拘束廃止に取り組むとともに、改善計画を作成していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | H13老発155の<br>3, 5                  |                                    |                                     |                          |                          |
|        |         |                       | 《改善計画に盛り込むべき内容》<br>①事業所内の推進体制<br>②介護の提供体制の見直し<br>③「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続き<br>④事業所の設備等の改善<br>⑤事業所の従業者その他の関係者の意識啓発のための取り組み<br>⑥利用者の家族への十分な説明<br>⑦身体拘束廃止に向けての数値目標                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | 指定特定施設入居者生活介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に定めるところにより措置を講じていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 基準<br>第183条第6項<br>予防基準<br>第239条第3項 | ・指針<br>・検討委員会の会議録<br>・研修記録         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                       | ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を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ること。<br>②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。<br>③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                    |                                     |                          |                          |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                            | 確認事項                                                                                                                                                    | 根拠条文                                   | 確認書類等         | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |                                                 |                                                                                                                                                         |                                        |               | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
|        |         |                                                 | 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。                                                                                                                    | 基準<br>第183条第7項                         | ・ 自己評価基準等     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 14<br>指定介護予防<br>特定施設入居<br>者生活介護の<br>基本的取扱方<br>針 | 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービスの提供を行っていますか。                                                                                                            | 予防基準<br>第246条第1項                       |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                                                 | 自らその提供するサービスの質の評価を行い、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図っていますか。                                                                                               | 予防基準<br>第246条第2項                       |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                                                 | サービスの提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスを提供していますか。                                                             | 予防基準<br>第246条第3項                       |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                                                 | 利用者がその有する能力を最大限活用することができるよう検討された方法によるサービスの提供に努めていますか。                                                                                                   | 予防基準<br>第246条第4項                       |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                                                 | 利用者とのコミュニケーションを十分図ることその他の方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。                                                                                        | 予防基準<br>第246条第5項                       |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●      |         | 15<br>特定施設サー<br>ビス計画の<br>作成                     | 管理者は、計画作成担当者に特定施設サービス計画（以下「サービス計画」という。）の作成に関する業務を担当させていますか。                                                                                             | 基準<br>第184条第1項                         | ・ 特定施設サービス計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |                                                 | 計画作成担当者は、サービス計画の作成に当たっては、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<br>第184条第2項<br>予防基準<br>第247条        | ・ 課題分析の記録     | <input checked="" type="checkbox"/> | <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、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サービス計画の原案を作成していますか。                            | 基準<br>第184条第3項<br>予防基準<br>第247条        |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <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<br>第184条第4項<br>予防基準<br>第247条        | ・ 同意文書        | <input checked="" type="checkbox"/> | <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<br>第184条第5項<br>予防基準<br>第247条        |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。<br><br>※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<br>第184条<br>第6項第7項<br>予防基準<br>第247条 |               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |                                     | 確認事項                                                                                                                                                          | 根拠条文                               | 確認書類等                                       | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |      |                                     |                                                                                                                                                               |                                    |                                             | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
| ●      |         | 16   | 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。                                                                                                    | 基準<br>第185条第1項<br>予防基準<br>第248条第1項 | ・ 特定施設サービス計画書<br>・ 利用者に関する記録                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                                     | 介護サービス等の実施に当たっては、利用者の人格を十分に配慮して実施していますか。                                                                                                                      | 平11老企25<br>第3十<br>3 (7) ①          | ・ 利用者に関する記録                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。                                                                                                         | 基準<br>第185条第2項<br>予防基準<br>第248条第2項 | ・ 利用者に関する記録                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。                                                                                                                | 基準<br>第185条第3項<br>予防基準<br>第248条第3項 | ・ 利用者に関する記録                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。                                                                                                              | 基準<br>第185条第4項<br>予防基準<br>第248条第4項 | ・ 利用者に関する記録                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●      |         | 17   | 口腔衛生の管理<br>(経過措置<br>R9.3.31までは努力義務) | 利用者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っていますか。                                                                             | 基準<br>第185条の2<br>予防基準<br>第238条の2   | ・ 口腔衛生の管理に関する記録                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 18   | 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<br>第132条<br>予防基準<br>第147条       | ・ 機能訓練に関する記録                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 19   | 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186条<br>予防基準第249条               |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 20   | 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187条<br>予防基準第250条               | ・ 相談、援助に関する記録                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 21   | 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188条<br>予防基準第251条               | ・ 行事等の交流に関する記録等                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 22   | 利用者に関する市町村への通知                      | 利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。<br>① 正当な理由なしに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とき。<br>② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。 | 基準<br>第26条<br>予防基準<br>第50条の3       | ・ 市町村に送付した通知に係る記録                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | ●       | 23   | 緊急時等の対応                             | サービス提供中、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あらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置をとっていますか。                                                                             | 基準<br>第51条<br>予防基準<br>第51条         | ・ 契約書<br>・ 運営規程<br>・ 利用者台帳<br>・ 緊急時対応マニュアル等 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |          | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                          | 根拠条文                               | 確認書類等                                       | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |      |          |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                             | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
|        |         | 24   | 管理者の責務   | 事業所の従業者及び業務の管理は、管理者により一元的に行われていますか。また、管理者は従業者に法令・基準等を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。                                                                                                                                                                                 | 基準<br>第52条<br>予防基準<br>第52条         | ・組織図、組織規程<br>・運営規程<br>・職務分担表<br>・業務報告書・業務日誌 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | ●       | 25   | 運営規程     | 指定特定施設入居者生活介護事業所ごとに次に掲げる重要事項に関する規程を定めていますか。<br><br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③入居定員及び居室数<br>④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<br>⑤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<br>⑥施設の利用に当たっての留意事項<br>⑦緊急時等における対応方法<br>⑧非常災害対策<br>⑨虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑩その他運営に関する重要事項 | 基準<br>第189条<br>予防基準<br>第240条       | ・運営規程<br>・指定申請及び変更届写                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | ●       | 26   | 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事業所ごとに勤務の体制（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別等）を定めていますか。                                                                                                                                                                                            | 基準<br>第190条第1項<br>予防基準<br>第241条第1項 | ・就業規則<br>・運営規程<br>・雇用契約書<br>・勤務表（原則として月ごと）  | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。<br><br>※ 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、この限りではない。                                                                                                                                                                             | 基準<br>第190条第2項<br>予防基準<br>第241条第2項 |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |          | 指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防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。                                                                                                                                                    | 基準<br>第190条第3項<br>予防基準<br>第241条第3項 | ・業務委託契約書                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |          | 従業者の資質向上のために、研修の機会を確保していますか。<br>その際、すべての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類するものを除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。                                                                                                      | 基準<br>第190条第4項<br>予防基準<br>第241条第4項 | ・研修受講修了証明書<br>・研修計画、出張命令<br>・研修会資料          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |          | 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより特定施設従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。                                                                                                                                 | 基準<br>第190条第5項<br>予防基準<br>第241条第5項 |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |            | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 根拠条文                                                                                                                               | 確認書類等                                                                                                                                                               | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
|        | ●       | 27   | 業務継続計画の策定等 | <p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。</p> <p>特定施設従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期定期に実施していますか。</p> <p>定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>基準<br/>第30条の2<br/>予防基準<br/>第53条の2の2</p>                                                                                         |                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | ●       | 28   | 非常災害対策     | <p>非常災害に関する具体的計画（※）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。</p> <p>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。</p> <p>上記にある訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。</p> <p>※消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>基準第103条<br/>予防基準<br/>第120条の4</p> <p>平11老企25<br/>第3六3(7)①</p>                                                                    | <p>・ 消防計画<br/>・ 風水害、地震等の災害に対処するための計画<br/>・ 避難訓練等の実施記録</p>                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        | ●       | 29   | 衛生管理等      | <p>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。</p> <p>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、密接な連携を図っていますか。</p> <p>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。</p> <p>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ていますか。</p> <p>①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>②感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。</p> <p>③事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。</p> | <p>基準<br/>第104条第1項<br/>予防基準<br/>第139の2<br/>第1項</p> <p>平11老企25<br/>第3六3(8)①</p> <p>基準<br/>第104条第2項<br/>予防基準<br/>第139条の2<br/>第2項</p> | <p>・ 水質検査等の記録<br/>・ 受水槽、浴槽の清掃記録<br/>・ 衛生管理マニュアル等</p> <p>・ 研修等参加記録<br/>・ 指導等に関する記録</p> <p>・ 感染症対策マニュアル等</p> <p>・ 議事録等</p> <p>・ 感染症の予防及びまん延防止指針</p> <p>・ 研修・訓練の記録</p> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 30   | 掲示         | <p>事業所の利用者から見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務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又は閲覧に供していますか。</p> <p>また、重要事項をウェブサイトに掲載していますか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>基準<br/>第32条<br/>予防基準<br/>第53条の4</p>                                                                                             | <p>・ 法人のホームページ等<br/>・ 情報公表システム</p>                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |                      | 確認事項                                                                                                                                                                                                                             | 根拠条文                                  | 確認書類等                                                                                                                     | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |      |                      |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                                                                                                           | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
| ●      |         | 31   | 秘密保持等                | 従業者及び管理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。                                                                                                                                                                    | 基準第33条<br>予防基準<br>第53条の5              | ・ 就業時の取り決め等の記録                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 従業者及び管理者であった者が、正当な理由なく、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のないよう必要な措置を講じていますか。                                                                                                                                                            |                                       |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <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書面により得ていますか。                                                                                                                                                      |                                       |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●      |         | 32   | 広告                   | 広告内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。                                                                                                                                                                                                         | 基準第34条<br>予防基準<br>第53条の6              | ・ 広告物                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第1項に規定する有料老人ホームの場合、景品表示法第5条第3号に基づき、下記の事項について明瞭に記載され、不当表示になっていませんか。<br>① 土地又は建物についての表示<br>② 施設又は設備についての表示<br>③ 居室の利用についての表示<br>④ 医療機関との協力関係についての表示<br>⑤ 介護サービスについての表示<br>⑥ 介護職員等の数についての表示<br>⑦ 管理費等についての表示 | 「有料老人ホームに関する不当な表示」(平成16年公正取引委員会告示第3号) |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 33   | 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 居宅介護支援事業者又はその従業者に対して、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35条<br>予防基準<br>第53条の7              |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●      |         | 34   | 苦情処理等                | 利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための仕組みを設けていますか。また苦情に関する市町村・国保連等の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。<br><br>苦情件数　　：　月　　0件程度<br>苦情相談窓口の設置　：　有　・　無<br>相談窓口担当者　：　武蔵　純也                                                                                 | 基準第36条<br>予防基準<br>第53条の8              | ・ 運営規程<br>・ 苦情に関する記録<br>・ 苦情対応マニュアル<br>・ 苦情に対する対応結果記録<br>・ 指導等に関する改善記録<br>・ 市町村への報告記録<br>・ 国保連からの指導に対する改善記録<br>・ 国保連への報告書 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 苦情相談を受けたことがある場合、苦情相談等の内容を記録・保存していますか。<br>苦情相談を受けたことがない場合、苦情相談等の内容を記録・保存する準備をしていますか。                                                                                                                                              |                                       |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 事業者は、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ていますか。                                                                                                                                                                                      | 基準<br>第191条第1項<br>予防基準<br>第242条第1項    |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 事業者は、協力医療機関を定めるに当たっては、次に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めるように努めていますか。<br>①利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。<br>②事業者からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。                                                                       | 基準<br>第191条第2項<br>予防基準<br>第242条第2項    |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         |      |                      | 事業者は、一年に一回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、当該事業者に係る指定を行った都道府県知事に届け出ていますか。                                                                                                                                    | 基準<br>第191条第3項<br>予防基準<br>第242条第3項    |                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |          | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                  | 根拠条文                                 | 確認書類等                                  | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |      |          |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                        | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 35   | 協力医療機関等  | 事業者は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症（同条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定する新感染症をいう。）の発生時等の対応を取り決めるように努めていますか。                                                                                                | 基準<br>第191条第4項<br>予防基準<br>第242条第4項   | ・ 取り決めにに関する記録                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      |          | 事業者は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。                                                                                                                                                                   | 基準<br>第191条第5項<br>予防基準<br>第242条第5項   |                                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      |          | 事業者は、利用者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該利用者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該指定特定施設に速やかに入居させることができるように努めていますか。                                                                                                                                                    | 基準<br>第191条第6項<br>予防基準<br>第242条第6項   |                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |          | 事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。                                                                                                                                                                                                                | 基準<br>第191条第7項<br>予防基準<br>第242条第7項   |                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 36   | 地域との連携等  | 地域住民又は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。                                                                                                                                                                                                             | 基準<br>第191条の2第1項<br>予防基準<br>第243条第1項 | ・ 活動状況報告<br>・ 交流記録                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |          | 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の市町村が実施する事業に協力していますか。                                                                                                                                                                                           | 基準<br>第191条の2第2項<br>予防基準<br>第243条第2項 | ・ 市町村の行事に関する記録                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ●      |         | 37   | 事故発生時の対応 | 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該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。また、事故の状況や措置について記録していますか。<br>過去に事故が発生していない場合でも、発生した場合に備えて、あらかじめ対応方法や記録様式等を準備していますか。<br>→過去一年間の事故事例の有無： <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 | 基準第37条<br>予防基準<br>第53条の10            | ・ 事故対応マニュアル<br>・ 事故に関する記録<br>・ 事故発生報告書 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |          | 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なっていますか。賠償すべき事故が発生したことがない場合でも損害賠償を速やかに行える準備をしていますか。<br>→損害賠償保険への加入： <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無                                                                                              |                                      | ・ 損害賠償関係書類                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <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。                                                                                                                                                                                                                 |                                      | ・ 事故再発防止検討記録                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ●      |         | 38   | 虐待の防止    | 当該事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うものを含む）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底していますか。                                                                                                                                                              | 基準<br>第37条の2<br>予防基準<br>第53条の10の2    | ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催状況がわかるもの（議事録等） | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |          | 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備していますか。                                                                                                                                                                                                                        |                                      | ・ 虐待の防止のための指針                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |          | 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施していますか。                                                                                                                                                                                                                       |                                      | ・ 研修記録                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

| 質<br>●      | 体制<br>● | 点検項目 |                                                                  | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 根拠条文                                | 確認書類等                                                                                                      | 点検結果                                |                          |                          |
|-------------|---------|------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|             |         |      |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                            | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
|             |         |      |                                                                  | 上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     | ・担当がわかるもの                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             |         | 39   | 会計の区分                                                            | 指定特定施設ごとに経理を区分するとともに、指定特定施設入居者生活介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 基準<br>第38条<br>予防基準<br>第53条の11       | ・会計関係書類                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | ●       | 40   | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置                | 事業者は、当該事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該指事業所における利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催しなければならない。<br><br>【令和9年3月31日までの間は努力義務】                                                                                                                                                                                                                                    | 基準第139条の2<br>予防基準第140条の2            |                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | ●       | 40   | 記録の整備                                                            | 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。<br><br>次に掲げる介護サービスの提供に関する記録(書面又は電磁的記録)を整備し、当該各号に定める日から2年間保存していますか。<br><br>①特定施設サービス計画<br>(計画期間の終了日から)<br>②提供した具体的なサービス内容等の記録<br>(計画期間の終了日から)<br>③身体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<br>(対応を終了した日から)<br>④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<br>(確認を終了した日から)<br>⑤市町村への通知に係る記録<br>(対応を終了した日から)<br>⑥苦情の内容の記録(対応を終了した日から)<br>⑦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(対応を終了した日から) | 基準<br>第191条の3<br>予防基準<br>第244条      | ・職員名簿・設備台帳<br>・会計関係書類<br><br>・特定施設サービス計画書<br>・サービス提供記録<br>・身体拘束に関する記録<br>・市町村への通知に係る記録<br>・苦情の記録<br>・事故の記録 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ⅴ 変更の届出等    |         |      |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                            |                                     |                          |                          |
|             |         | 41   | 変更の届出等                                                           | 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は、10日以内にその旨を県知事に届け出ていますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 介護保険法第75条第1項、<br>第115条の5第1項         | ・届出書類の控                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ⅵ－1 介護給付費関係 |         |      |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                            |                                     |                          |                          |
|             |         | 42   | 基本的事項                                                            | 指定特定施設入居者生活介護に要する費用の額は、平成12年厚生省告示第19号の別表「指定居宅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12厚告19一                            | ・特定施設サービス計画書<br>・介護給付費請求書<br>・介護給付費明細書                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             |         |      | 指定特定施設入居者生活介護に要する費用の額は、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12厚告19二                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                            | <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12厚告19三                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
|             |         |      | 利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定していますか。                              | 平12厚告19別表10<br>イ注1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 根拠条文                    | 確認書類等                                                                                       | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                             | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 43 人員基準欠如減算                         | <p>人員基準に定める員数の看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた特定施設入居者生活介護については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。</p> <p>看護・介護職員の人員基準欠如について<br/> イ) 人員基準上必要とされる人員から1割を超えて減少<br/> ⇒ その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者の全員について減算される。(介護給付費の70/100を算定)<br/> ロ) 1割の範囲内で減少<br/> ⇒ その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで利用者の全員について減算される。(介護給付費の70/100を算定)</p> | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注1  | ・職員名簿<br>・職員勤務表                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 44 短期利用特定施設入居者生活介護費                 | 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、指定特定施設入居者生活介護を行った場合に、利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定していますか。                                                                                                                                                                                                        | 平12厚告19<br>別表10<br>ハ注3  |                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ①                                   | 当該指定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年以上の経験をする事。                                                                                                                                                                       |                         |                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ②                                   | 当該指定特定施設の入居定員の範囲内で、空いている居室等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の数は1又は当該指定特定施設の入居定員の100分の10以下であること。                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ③                                   | 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ④                                   | 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ⑤                                   | 介護保険法第76条の2第1項の規定による勧告、同条第3項の規定による命令、老人福祉法第29条第15項の規定による命令、社会福祉法第71条の規定による命令又は高齢者の居住の安定確保に関する法律第25条各項の規定による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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 45 身体拘束廃止未実施減算                      | <p>特定施設入居者生活介護費について、厚生労働大臣が定める基準(※)を満たさない場合は、所定単位数の10/100に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び短期利用特定施設入居者生活介護費について、厚生労働大臣が定める基準(※)を満たさない場合は、所定単位数の1/100に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。<br/>【R7.3.31までは適用しない】</p>                                                                                   | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注4  | ・介護日誌<br>・利用者に関する記録<br>・身体拘束に関する記録<br>・介護給付費請求書<br>・介護給付費明細書<br>・「12 指定特定施設入居者生活介護の取扱方針」と連動 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 平12厚告19<br>別表10<br>ロハ注4 |                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | (※) 指定居宅サービス等基準第183条第5項及び第6項に規定する基準 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 第183条第5項                            | 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なければならない。                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 第183条第6項                            | <p>身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。</p> <p>①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うものを含む。)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ること。</p> <p>②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること</p>                                                                           |                         |                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                 | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 根拠条文                     | 確認書類等                                                                                                        | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                                                                              | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 46<br>高齢者虐待防止措置未実施減算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>【以下の項目を遵守できていない場合には要減算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者へ周知徹底</li> <li>・虐待の防止のための指針の整備</li> <li>・虐待の防止のための研修の定期的な実施</li> <li>・上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置</li> </ul> | 平12厚告19<br>別表10<br>イロハ注5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待のための対策を検討する委員会議事録</li> <li>・虐待の防止のための指針</li> <li>・研修の記録</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 47<br>業務継続計画未策定減算    | <p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>【いずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合には要減算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症に係る業務継続計画</li> <li>・災害に係る業務継続計画</li> </ul>                                                                                                       | 平12厚告19<br>別表10<br>イロハ注6 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症に係る業務継続計画</li> <li>・災害に係る業務継続計画</li> </ul>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 48<br>入居継続支援加算       | <p>特定施設入居者生活介護費について、次に掲げる基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、利用者に対して、指定特定施設入居者生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次の抱える所定単位数を加算していますか。（ただし、サービス提供体制強化加算を算定している場合においては、算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。）</p> <p>(1) 入居継続支援加算（Ⅰ） 36単位</p> <p>(2) 入居継続支援加算（Ⅱ） 22単位</p>                                   | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注7   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者一覧表</li> <li>・資格証</li> <li>・体制届</li> </ul>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                                            | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 根拠条文                   | 確認書類等                                               | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                                                     | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 入居継続支援加算<br>(Ⅰ)<br><br>※①又は②のいずれかに適合し、かつ、③及び④に掲げる基準のいずれにも適合すること | ①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（口腔内の喀かく・痰たん吸引・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15／100以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                                 | ②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（口腔内の喀かく・痰たん吸引・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）を必要とする者及び次のいずれかに該当する状態の者の占める割合が利用者の15／100以上であり、かつ、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。<br>・尿道カテーテル留置を実施している状態<br>・在宅酸素療法を実施している状態<br>・インスリン注射を実施している状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                                 | ③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。ただし、次のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。<br>ア 介護機器を複数種類使用していること。<br>イ 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント（入居者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。）及び入居者の身体状況等の評価を行い、職員の配置状況等の見直しを行っていること。<br>ウ 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。<br>（ア） 入居者の安全及びケアの質の確保<br>（イ） 職員の負担の軽減及び勤務状況の配慮<br>（ウ） 介護機器の定期的な点検<br>（エ） 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修 |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                                 | ④人員基準欠如減算に該当しないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 入居継続支援加算<br>(Ⅱ)<br><br>※①又は②のいずれかに適合し、かつ、③に掲げる基準に適合すること         | ⑤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（口腔内の喀かく・痰たん吸引・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5／100以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                                 | ⑥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（口腔内の喀かく・痰たん吸引・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）を必要とする者及び次のいずれかに該当する状態の者の占める割合が利用者の5／100以上であり、かつ、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。<br>・尿道カテーテル留置を実施している状態<br>・在宅酸素療法を実施している状態<br>・インスリン注射を実施している状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                                 | ⑦上記の③及び④に該当するものであること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 49      | 生活機能向上連携加算                                                      | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(1)については利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき、(2)については1月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。(ただし、次の掲げるものの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を加算する。)<br><br>(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位<br>(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位                                                                                                                                                                                                                 | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注8 | ・特定施設サービス計画<br>・利用者に関する記録<br>・介護給付費請求書<br>・介護給付費明細書 |                          |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目          | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 根拠条文                   | 確認書類等                         | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                               | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | ① 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（医療法〔昭和23年法律第205号〕第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又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る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等」）の助言に基づき、当該指定特定施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。                                                                                                                                                                                                                          |                        |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること  | ② 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |               | ③ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | ④ 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該指定特定施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること  | ⑤ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |               | ⑥ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 50 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、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、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。）を1名以上配置しているものとして都道府県知事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は、個別機能訓練加算（Ⅰ）として、1日につき12単位を加算していますか。<br>また、個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算（Ⅱ）として、1月につき、20単位を算定していますか。 | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注9 | ・職員名簿<br>・職員勤務表<br>・サービス提供の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>●                                                                                                                                                                                                                                                                | 体制<br>●     | 点検項目                           | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 根拠条文                                                                                                                                                                                                                                                                    | 確認書類等                                                                                                                                                                                            | 点検結果                                                                          |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------|------------------------------------------|----------------|----|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  | 適                                                                             | 不適                       | 該当なし                                                                                                                           |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                | <table><tr><th>要件</th><th>基準</th><th>留意事項</th></tr><tr><td rowspan="2">人員配置</td><td>機能訓練指導員<br/>専従かつ常勤の理学療法士等を1名以上<br/><br/>利用者数が100を超える場合、専従かつ常勤の理学療法士等の1名以上配置に加え、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置する</td><td rowspan="2"></td></tr><tr><td>計画作成</td><td>機能訓練指導員、看護職員、介護職員等が共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成</td></tr><tr><td rowspan="2">提供</td><td>実施</td><td>当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合</td><td>利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする<br/>個別機能訓練計画に相当する内容を（介護予防）特定施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって代えることができる<br/><br/>計画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を行う<br/><br/>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、記録する<br/><br/>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、常に当該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</td></tr></table> | 要件                                                                                                                                                                                                                                                                      | 基準                                                                                                                                                                                               | 留意事項                                                                          | 人員配置                     | 機能訓練指導員<br>専従かつ常勤の理学療法士等を1名以上<br><br>利用者数が100を超える場合、専従かつ常勤の理学療法士等の1名以上配置に加え、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置する |                                     | 計画作成          | 機能訓練指導員、看護職員、介護職員等が共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成 | 提供             | 実施 | 当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合 | 利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする<br>個別機能訓練計画に相当する内容を（介護予防）特定施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって代えることができる<br><br>計画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を行う<br><br>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、記録する<br><br>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、常に当該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 |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                | 要件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 基準                                                                                                                                                                                                                                                                      | 留意事項                                                                                                                                                                                             |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                | 人員配置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 機能訓練指導員<br>専従かつ常勤の理学療法士等を1名以上<br><br>利用者数が100を超える場合、専従かつ常勤の理学療法士等の1名以上配置に加え、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置する                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 計画作成                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  | 機能訓練指導員、看護職員、介護職員等が共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成                                      |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
| 提供                                                                                                                                                                                                                                                                    | 実施          | 当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合      | 利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする<br>個別機能訓練計画に相当する内容を（介護予防）特定施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって代えることができる<br><br>計画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を行う<br><br>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、記録する<br><br>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、常に当該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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | 51                             | ADL維持等加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、利用者に対してサービス提供を行った場合は、評価対象期間（※1別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を算定していますか。<br>（ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。）<br><br>（1）ADL維持等加算（Ⅰ） 30単位<br>（2）ADL維持等加算（Ⅱ） 60単位 | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注10                                                                                                                                                                          | ・利用者に関する記録<br>・職員勤務表<br>・個別機能訓練計画書<br>・評価、モニタリング結果                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ADL維持等加算（Ⅰ）                                                                                                                                                                                                                                                             | ※いずれにも適合すること                                                                                                                                                                                     | ①評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（②において「評価対象利用期間」という。）が6月を超える者をいう。以下同じ。）の総数が10人以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         | ②評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合は当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」という。）を測定し、測定した日が属する月ごとに「科学的介護情報システム（LIFE）」を通じて厚生労働省に当該測定を提出していること。 | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                            |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         | ③評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、別表（※2）のADL値に応じた値を加えた値を平均して得た値（以下「ADL利得」という。）の平均値（※3）が1以上であること。                                                              | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                            |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | ADL維持等加算（Ⅱ） | ※いずれにも適合すること                   | ④上記の①及び②の基準に適合するものであること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                           |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | ⑤評価対象者のADL利得の平均値（※3）が3以上であること。 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                              |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
| ※1 別に厚生労働大臣が定める期間<br>・ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間<br>※2 別表（ADL利得算出の基準値） <table><tr><td>ADL値が0以上25以下</td><td>2</td></tr><tr><td>ADL値が30以上50以下</td><td>2</td></tr><tr><td>ADL値が55以上75以下</td><td>3</td></tr><tr><td>ADL値が80以上100以下</td><td>4</td></tr></table> |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  | ADL値が0以上25以下                                                                  | 2                        | ADL値が30以上50以下                                                                                                                  | 2                                   | ADL値が55以上75以下 | 3                                        | ADL値が80以上100以下 | 4  |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |
| ADL値が0以上25以下                                                                                                                                                                                                                                                          | 2           |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
| ADL値が30以上50以下                                                                                                                                                                                                                                                         | 2           |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
| ADL値が55以上75以下                                                                                                                                                                                                                                                         | 3           |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
| ADL値が80以上100以下                                                                                                                                                                                                                                                        | 4           |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |
| ※3 ADL利得の多い順に、上位1割及び下位1割に相当する利用者（それぞれ1未満の端数を切り捨て）を除いた者の平均値。                                                                                                                                                                                                           |             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                          |                                                                                                                                |                                     |               |                                          |                |    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |  |  |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                                      | 確認事項                                                                                                                                                                                                          | 根拠条文                     | 確認書類等                         | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                                           |                                                                                                                                                                                                               |                          |                               | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 夜間看護体制加算                                                  | 厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、利用者に対して、サービス提供を行った場合に、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。<br>(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)<br><br>(1) 夜間看護体制加算 (I) 18単位<br>(2) 夜間看護体制加算 (II) 9単位      | 平12厚告19<br>別表10<br>イハ注11 | ・職員名簿<br>・職員勤務表<br>・個別機能訓練計画書 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 52      | 夜間看護体制加算 (I)                                              | ①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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                           | ②当該加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1名以上であつて、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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                           | ③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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 夜間看護体制加算 (II)                                             | ④上記の①及び③の基準に適合するものであること。                                                                                                                                                                                      |                          |                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                                           | ⑤看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 53      | 若年性認知症利用者受入加算                                             | 厚生労働大臣が定める基準 (※) に適合しているものとして都道府県都道府県知事に届け出た事業所において、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合には、1日につき120単位を加算していますか。                                                                                                          | 平12厚告19<br>別表10<br>イハ注12 | ・利用者に関する記録                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※ 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。                        |                                                                                                                                                                                                               |                          |                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 54      | 協力医療機関連携加算                                                | 指定特定施設において、協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は、協力医療機関連携加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。<br><br>(1) 当該協力医療機関が、指定居宅サービス基準第191条第2項各号に掲げる要件を満たしている場合 100単位<br>(2) (1) 以外の場合 40単位 | 平12厚告19<br>別表10<br>イロ注13 | ・利用者に関する記録<br>・情報共有の会議に関する記録  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 【指定居宅サービス基準第191条第2項】                                      |                                                                                                                                                                                                               |                          |                               |                                     |                          |                                     |
|        |         | ①利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。        |                                                                                                                                                                                                               |                          |                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | ②当該指定特定施設入居者生活介護事業者からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。 |                                                                                                                                                                                                               |                          |                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        | 55      | 口腔・栄養スクリーニング加算                                            | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定特定施設の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき20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口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。)                                        | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注14  | ・利用者に関する記録                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 | 確認事項                                                                                                                         | 根拠条文                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 確認書類等                   | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |      |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         |      | 【厚生労働大臣が定める基準】                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                                     |                          |                                     |
|        |         |      | ①利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合は、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | ②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（低栄養状態の場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | ③人員基準欠如に該当していないこと。                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 56   | 科学的介護推進体制加算                                                                                                                  | 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設が、利用者に対しサービス提供を行った場合は、1月につき40単位を加算していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 平12厚告19<br>別表10<br>イ注14 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて厚生労働省に提出していること。                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | 必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、前項に規定する情報その他指定特定施設入居者生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 57   | 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指定特定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当該指定特定施設に再び入居した場合も、同様とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 平12厚告19<br>別表10<br>二    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 58   | 退居時情報提供加算                                                                                                                    | 利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に、利用者1人につき1回に限り、250単位を加算していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 平12厚告19<br>別表10<br>ホ    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 59   | 看取り介護加算                                                                                                                      | 別に厚生労働大臣が定める施設基準（※1）に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者（※2）について看取り介護を行った場合は、1日につき、次の区分により所定の額を加算していますか。<br><div>1日につき</div> <div>○看取り介護加算（Ⅰ）</div> <div>・死亡日以前31日以上45日以下 72単位</div> <div>・死亡日以前4日以上30日以下 144単位</div> <div>・死亡日の前日及び前々日 680単位</div> <div>・死亡日 1,280単位</div> <div>○看取り介護加算（Ⅱ）</div> <div>・死亡日以前31日以上45日以下 572単位</div> <div>・死亡日以前4日以上30日以下 644単位</div> <div>・死亡日の前日及び前々日 1,180単位</div> <div>・死亡日 1,780単位</div> | 平12厚告19<br>別表10<br>へ    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定できません。<br>また、夜間看護体制加算を算定していない場合は算定できません。                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                                     |                          |                                     |
|        |         |      | 看取り介護加算（Ⅰ）を算定している場合は、看取り介護加算（Ⅱ）を算定できません。                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                                     |                          |                                     |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目           | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 根拠条文                 | 確認書類等 | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |       | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | ※ 1 施設基準       | ① 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 看取り介護加算（Ⅰ）     | ② 医師、生活相談員、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、当該指定特定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うこと。                                                                                                                                                                                                                                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                | ③ 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 看取り介護加算（Ⅱ）     | ④ 当該加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                | ⑤ 上記の①から③までのいずれにも該当するものであること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※ 2 基準に適合する利用者 | 医師が一般的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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                | 医師、生活相談員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、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、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意した者を含む。）であること。                                                                                                                                                                                   |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。                                                                                                                                                                                       |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 60      | 認知症専門ケア加算      | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設が、別に厚生労働大臣が定める者（※）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。<br><br>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。<br>（1）認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位<br>次の①～③に適合している場合<br><br>（2）認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位<br>次の①～⑥に適合している場合<br><br>※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 | 平12厚告19<br>別表10<br>ト |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）   | ①施設における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（以下、「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。                                                                                                                                                                                                                               |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること   | ②認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、施設における対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                | ③当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）   | ④上記の①～③のいずれにも適合すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること   | ⑤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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                | ⑥当該施設における介護職員、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（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。                                                                                                                                                                                                                                              |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 61      | 高齢者施設等感染対策向上加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市長村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定特定施設が、利用者に対して指定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、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。<br><br>（1） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10単位<br>（2） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位                                                                                                                | 平12厚告19<br>別表10<br>チ |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                              | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                             | 根拠条文                 | 確認書類等 | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |       | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)<br>※いずれにも適合すること | 第2種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。                                                                                                                                                                                                                     |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | 協力医療機関その他の医療機関との間で、感染症(新興感染症を除く。)の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。                                                                                                                                                                            |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。                                                                                                                                                                                           |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)                 | 感染症対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。                                                                                                                                                                                              |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 62      | 新興感染症等施設療養費                       | 利用者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定特定施設入居者生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として、1日につき240単位を算定していますか。                                                                                                                 | 平12厚告19<br>別表10<br>リ |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 63      | 生産性向上推進体制加算                       | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市長村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所が、利用者に対して指定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、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。<br><br>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。<br><br>(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位<br>(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位 | 平12厚告19<br>別表10<br>ヌ |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)<br>※いずれにも適合すること    | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。                                                                                                                                                               |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | ① 介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保                                                                                                                                                                                                                                 |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮                                                                                                                                                                                                                                             |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | ③ 介護機器の定期的な点検                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修                                                                                                                                                                                                                               |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。                                                                                                                                                                                                      |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | (3) 介護機器を複数種類活用していること。                                                                                                                                                                                                                                           |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | (4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。                                                                                                                                                       |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。                                                                                                                                                                                                                   |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)                    | (1) (Ⅰ)の(1)に適合すること。                                                                                                                                                                                                                                              |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること                      | (2) 介護機器を活用していること。                                                                                                                                                                                                                                               |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                   | (3) 事業年度ごとに(2)及び(Ⅰ)の(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。                                                                                                                                                                                                                   |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 |                                  | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 根拠条文         | 確認書類等 | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |       | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 64   | サービス提供体制強化加算                     | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設が、利用者に対し、指定特定施設入居者生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 22単位<br/>(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 18単位<br/>(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) 6単位</p> <p>ただし、いずれかの加算を算定している場合は、その他の加算は算定しません。</p>                                                                                               | 平12厚告19別表10ル |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)<br>※いずれにも適合すること | <p>① 次のいずれかに適合すること。<br/>イ 指定特定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70以上であること。<br/>ロ 指定特定施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。</p> <p>ただし、指定特定施設入居者生活介護事業者が、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定特定施設入居者生活介護の事業と指定介護予防特定施設入居者生活介護の事業とが同一の施設において一体的に運営されている場合における、上記の介護職員の総数の算定にあつては、指定特定施設入居者生活介護を提供する介護職員と指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供する介護職員の合計数によるものとする。</p> |              |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      |                                  | ② 提供する指定特定施設入居者生活介護の質の向上に資する取組を実施していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      |                                  | ③ 人員基準に適合している事業所であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)<br>※いずれにも適合すること | <p>④ 指定特定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。<br/>(①のただし書を準用)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      |                                  | ⑤ 人員基準に適合している事業所であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)<br>※いずれにも適合すること | <p>⑥ 次のいずれかに適合すること。<br/>イ 指定特定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。<br/>ロ 指定特定施設の看護・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。<br/>ハ 指定特定施設入居者生活介護を入居者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。<br/>(介護職員、看護・介護職員又は職員の総数の算定については、①のただし書を準用)</p>                                                                                                       |              |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      |                                  | ⑦ 人員基準に適合している事業所であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                                                                                                                                                                                                      | 確認事項                                                                                                                                                                     | 根拠条文                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 確認書類等                                                                                                                                                                                                                                    | 点検結果                                |                          |                          |
|--------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |
|        |         | 65                                                                                                                                                                                                                        | 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                              | 厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、市町村長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定特定施設入居者生活介護を行った場合には、次の掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。<br>（ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。）<br><br>（１）介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br>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128に相当する単位数<br><br>（２）介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）<br>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122に相当する単位数<br><br>（３）介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）<br>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110に相当する単位数<br><br>（４）介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）<br>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88に相当する単位数 | 平12厚告19<br>別表10<br>ヲ<br><br>・介護職員処遇改善計画書<br>・賃金台帳、給与明細書<br>・実績報告書<br>・研修計画書、研修記録<br>・介護給付費明細書・請求書<br>・労働保険料の納付<br>・職員への周知の記録<br>・任用等の要件を定めている等の資料<br><br>キャリアパスに関する資料として<br>・資質向上の研修の実施状況が分かる資料（研修計画書、研修記録）<br>・その他賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等等 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 賃金改善等の要件                                                                                                                                                                                                                  | (1)介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が、介護職員等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 checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | （一）当該指定特定施設が仮に介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | （二）当該指定特定施設において、介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下「経験・技能のある介護職員」という。）のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | (2)当該指定特定施設において、上記の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | (3)介護職員等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。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | (4)当該指定特定施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | (5)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 checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                           | (6)労働保険料の納付が適正に行われていること。                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|        |         | (7)キャリアパス要件Ⅰ 次に掲げる要件の全てに適合すること。<br>a 介護職員の任用における職位、職責又は職務内容に応じた任用等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。<br>b aに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。<br>c a及びbの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                          |                          |

| 質<br>●                                                                            | 体制<br>● | 点検項目                  | 確認事項                                                                                                                                                                             | 根拠条文                                                                                       | 確認書類等          | 点検結果                                       |                                     |                          |                                     |                        |                        |                             |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|---|
|                                                                                   |         |                       |                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                | 適                                          | 不適                                  | 該当なし                     |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | (7) キャリアパス要件Ⅱ 次に掲げる要件の全てに適合すること。<br>a 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び研修機会の提供、技術指導等の実施又は資格取得のための支援に関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保すること。<br>b aについて、全ての介護職員に周知していること。 |                                                                                            |                | <input checked="" type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | (7) キャリアパス要件Ⅲ 次に掲げる要件の全てに適合すること。<br>a 介護職員の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。<br>b aの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。                             |                                                                                            |                | <input checked="" type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | (8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善を除く。)及び介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。                                                                                              |                                                                                            |                | <input checked="" type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | (9) (8)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。                                                                                                                             |                                                                                            |                | <input checked="" type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | (10) 特定施設入居者生活介護費における入居継続支援加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又はサービス提供体制強化加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。                                                                                                   |                                                                                            |                | <input checked="" type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         | 加算Ⅰ～Ⅳの算定要件(賃金改善以外の要件) |                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                |                                            |                                     |                          |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | ①月額賃金改善要件Ⅰ                                                                                                                                                                       | ②月額賃金改善要件Ⅱ                                                                                 | ③キャリアパス要件Ⅰ     | ④キャリアパス要件Ⅱ                                 | ⑤キャリアパス要件Ⅲ                          | ⑥キャリアパス要件Ⅳ               | ⑦キャリアパス要件Ⅴ                          | ⑧職場環境等要件               |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       | 処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善                                                                                                                                                               | 旧ベア加算相当の2/3以上の新規の月額賃金改善                                                                    | 任用要件・賃金体系の整備等  | 研修の実施等                                     | 昇給の仕組みの整備等                          | 改善後の賃金要件(440万円一人以上)      | 介護福祉士等の配置要件                         | 区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上) | 区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上) | HP掲載等を通じた見える化(取組内容内容の具体的記載) |   |
|                                                                                   |         |                       | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ                                                                                                                                                                     | ○                                                                                          | (○)            | ○                                          | ○                                   | ○                        | ○                                   | ○                      | －                      | ○                           | ○ |
|                                                                                   |         |                       | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ                                                                                                                                                                     | ○                                                                                          | (○)            | ○                                          | ○                                   | ○                        | ○                                   | －                      | －                      | ○                           | ○ |
|                                                                                   |         |                       | 介護職員等処遇改善加算Ⅲ                                                                                                                                                                     | ○                                                                                          | (○)            | ○                                          | ○                                   | ○                        | －                                   | －                      | ○                      | －                           | － |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ                                                                      | ○       | (○)                   | ○                                                                                                                                                                                | ○                                                                                          | －              | －                                          | －                                   | ○                        | －                                   | －                      |                        |                             |   |
| 注 (○)は令和7年3月時点で処遇加算Ⅴ(1)・(3)・(5)・(6)・(8)・(10)・(11)・(12)・(14)を算定していた事業所のみ満たす必要がある要件 |         |                       |                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                |                                            |                                     |                          |                                     |                        |                        |                             |   |
| Ⅵ－2 介護給付費関係(介護予防)                                                                 |         |                       |                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                |                                            |                                     |                          |                                     |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         | 66                    | 基本的事項                                                                                                                                                                            | 指定介護予防特定施設入居者生活介護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省告示第127号の別表「指定介護予防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厚労告127一     | ・介護予防特定施設サービス計画書<br>・介護給付費請求書<br>・介護給付費明細書 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       |                                                                                                                                                                                  | 指定介護予防特定施設入居者生活介護に要する費用の額は、「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厚労告127二     |                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <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厚労告127三     |                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         |                       |                                                                                                                                                                                  | 利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定していますか。                                                        | 平18厚労告127別表8注1 |                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                        |                        |                             |   |
|                                                                                   |         | 67                    | 人員基準欠如減算                                                                                                                                                                         | 人員基準に定める員数の看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた介護予防特定施設入居者生活介護については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。 | 平18厚労告127別表8注1 | ・職員名簿<br>・職員勤務表                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                        |                        |                             |   |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                  | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 根拠条文                                        | 確認書類等                                                                                                   | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                         | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 68 身体拘束廃止未実施減算                        | <p>介護予防特定施設入居者生活介護費について、厚生労働大臣が定める基準（※）を満たさない場合は、所定単位数の10/100に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費について、厚生労働大臣が定める基準（※）を満たさない場合は、所定単位数の1/100に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。<br/>【R7.3.31までは適用しない】</p>                                                                                                                                                                                | <p>平18厚労告127別表8注2</p> <p>平18厚労告127別表8注2</p> | <p>・介護日誌<br/>・利用者に関する記録<br/>・身体拘束に関する記録<br/>・介護給付費請求書<br/>・介護給付費明細書<br/>・「12 指定特定施設入居者生活介護の取扱方針」と運動</p> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | (※) 指定介護予防サービス等基準第239条第2項及び第3項に規定する基準 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 第239条第2項                              | 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なければならない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 第239条第3項                              | <p>身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。</p> <p>①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うものを含む。）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ること。</p> <p>②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること</p>                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 69 高齢者虐待防止措置未実施減算                     | <p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。</p> <p>【以下の項目を遵守できていない場合には要減算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者へ周知徹底</li> <li>・虐待の防止のための指針の整備</li> <li>・虐待の防止のための研修の定期的な実施</li> <li>・上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置</li> </ul>                                                                               | 平18厚労告127別表8注2                              | <p>・虐待のための対策を検討する委員会議事録</p> <p>・虐待の防止のための指針</p> <p>・研修の記録</p>                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 70 業務継続計画未策定減算                        | 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 平18厚労告127別表8注2                              | <p>・感染症に係る業務継続計画</p> <p>・災害に係る業務継続計画</p>                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 71 生活機能向上連携加算                         | <p>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防特定施設において、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(1)については、利用者の急性憎悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき、(2)については1月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算を算定しない。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を所定単位数に加算する。)</p> <p>(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位</p> <p>(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位</p> | 平18厚労告127別表8注5                              | <p>・特定施設サービス計画</p> <p>・利用者に関する記録</p> <p>・介護給付費請求書</p> <p>・介護給付費明細書</p>                                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                               | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 根拠条文           | 確認書類等                         | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                               | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 生活機能向上連携加算（Ⅰ）                      | ① 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設（医療法〔昭和23年法律第205号〕第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又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る。）の理学療法士等の助言に基づき、当該指定介護予防特定施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること                       | ② 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                    | ③ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 生活機能向上連携加算（Ⅱ）                      | ④ 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該指定介護予防特定施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること                       | ⑤ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                    | ⑥ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 72      | 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、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、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。）（以下「理学療法士等」）を1名以上配置しているもの（利用者の数が100を超える指定介護予防特定施設にあっては、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、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で入所者の数を100で除した数以上配置しているもの。）として都道府県知事に届け出た指定介護予防特定施設において、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、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合は、個別機能訓練加算（Ⅰ）として、1日につき12単位を加算していますか。<br>また、個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算（Ⅱ）として、1日につき、20単位を算定していますか。 | 平18厚労告127別表8注6 | ・職員名簿<br>・職員勤務表<br>・サービス提供の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        | 73      | 若年性認知症入居者受入加算                      | 厚生労働大臣が定める基準（※）に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防特定施設において、若年性認知症入居者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった入居者をいう。）に対して、指定介護予防特定施設入居者生活介護を行った場合は、1日につき120単位を加算していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 平18厚労告127別表8注7 | ・利用者の記録                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※ 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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目 | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                             | 根拠条文                    | 確認書類等                        | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                              | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 74   | <p>協力医療機関連携加算</p> <p>指定介護予防特定施設において、協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は、協力医療機関連携加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>(1) 当該協力医療機関が、指定介護予防サービス基準第242条第2項各号に掲げる要件を満たしている場合 100単位</p> <p>(2) (1) 以外の場合 40単位</p> | 平18厚労告127<br>別表8<br>注8  | ・利用者に関する記録<br>・情報共有の会議に関する記録 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | 【指定介護予防サービス基準第242条第2項】                                                                                                                                                                                                                           |                         |                              |                                     |                          |                                     |
|        |         |      | ①利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。                                                                                                                                                                                               |                         |                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | ②当該指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。                                                                                                                                                                                    |                         |                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 75   | <p>口腔・栄養スクリーニング加算</p> <p>厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護予防特定施設の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき20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口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。)</p>                                            | 平18厚労告127<br>別表8<br>注9  | ・利用者に関する記録                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | 【厚生労働大臣が定める基準】                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                              |                                     |                          |                                     |
|        |         |      | ①利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合は、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。                                                                                                                     |                         |                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | ②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(低栄養状態の場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。                                                                                                                                     |                         |                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |      | ③人員基準欠如に該当していないこと。                                                                                                                                                                                                                               |                         |                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | 76   | <p>科学的介護推進体制加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防特定施設が、利用者に対しサービス提供を行った場合は、1月につき40単位を加算していますか。</p>                                                                                                                                 | 平18厚労告127<br>別表8<br>注10 |                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて厚生労働省に提出していること。                                                                                                                                                        |                         |                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |      | 必要に応じて介護予防特定施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、前項に規定する情報その他指定介護予防特定施設入居者生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。                                                                                                                                              |                         |                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 77   | <p>退居時情報提供加算</p> <p>利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に、利用者1人につき1回に限り、250単位を加算していますか。</p>                                                                                                  | 平18厚労告127<br>別表8<br>ハ   |                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目              | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 根拠条文          | 確認書類等 | 点検結果                     |                          |                                     |
|--------|---------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       | 適                        | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 78 認知症専門ケア加算      | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防特定施設が、別に厚生労働大臣が定める者（※）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。</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においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。</p> <p>（１）認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位<br/>次の①～③に適合している場合</p> <p>（２）認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位<br/>次の①～⑥に適合している場合</p> <p>※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</p> | 平18厚労告127別表8二 |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）      | ①施設における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（以下、「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること      | ②認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、施設における対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                   | ③当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）      | ④上記の①～③のいずれにも適合すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること      | ⑤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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                   | ⑥当該施設における介護職員、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（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。                                                                                                                                                                                                                                                               |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 79 高齢者施設等感染対策向上加算 | <p>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市長村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護予防特定施設が、利用者に対して指定介護予防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、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。</p> <p>(1) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）10単位<br/>(2) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）5単位</p>                                                                                                                   | 平18厚労告127別表8ホ |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 第2種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること      | 協力医療機関その他の医療機関との間で、感染症（新興感染症を除く。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。                                                                                                                                                                                                                                                          |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                   | 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 感染症対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 80 新興感染症等施設療養費    | 利用者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定介護予防特定施設入居者生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として、1日につき240単位を算定していますか。                                                                                                                                                                                           | 平18厚労告127別表8へ |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                            | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                 | 根拠条文          | 確認書類等 | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         | 81 生産性向上推進体制加算                  | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市長村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った事業所が、利用者に対して指定介護予防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、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。<br><br>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。<br><br>(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位<br>(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位 | 平18厚労告127別表8ト |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)<br>※いずれにも適合すること  | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。                                                                                                                                                                   |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | ① 介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保                                                                                                                                                                                                                                     |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮                                                                                                                                                                                                                                                 |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | ③ 介護機器の定期的な点検                                                                                                                                                                                                                                                        |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修                                                                                                                                                                                                                                   |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。                                                                                                                                                                                                          |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | (3) 介護機器を複数種類活用していること。                                                                                                                                                                                                                                               |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | (4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。                                                                                                                                                           |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。                                                                                                                                                                                                                       |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)<br>※いずれにも適合すること  | (1) (Ⅰ)の(1)に適合すること。                                                                                                                                                                                                                                                  |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | (2) 介護機器を活用していること。                                                                                                                                                                                                                                                   |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | (3) 事業年度ごとに(2)及び(Ⅰ)の(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。                                                                                                                                                                                                                       |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | 82 サービス提供体制強化加算                 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防特定施設入居者介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防特定施設入居者生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。<br><br>(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位<br>(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位<br>(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位                                                | 平18厚労告127別表8チ |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         |                                 | ただし、いずれかの加算を算定している場合は、その他の加算は算定しません。                                                                                                                                                                                                                                 |               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>※いずれにも適合すること | ① 次のいずれかに適合すること。<br>イ 指定介護予防特定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70以上であること。<br>ロ 指定介護予防特定施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。                                                                                                                             |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         |                                 | ただし、指定特定施設入居者生活介護事業者が、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定特定施設入居者生活介護の事業と指定介護予防特定施設入居者生活介護の事業とが同一の施設において一体的に運営されている場合における、上記の介護職員の総数の算定にあっては、指定特定施設入居者生活介護を提供する介護職員と指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供する介護職員の合計数によるものとする。                                                           |               |       |                                     |                          |                                     |
|        |         |                                 | ② 提供する指定介護予防特定施設入居者生活介護の質の向上に資する取組を実施していること。                                                                                                                                                                                                                         |               |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目            | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                  | 根拠条文 | 確認書類等 | 点検結果                                |                          |                                     |
|--------|---------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|        |         |                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |      |       | 適                                   | 不適                       | 該当なし                                |
|        |         |                 | ③人員基準に適合している事業所であること。                                                                                                                                                                                                                                 |      |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | ④指定介護予防特定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。<br>（①のただし書を準用）                                                                                                                                                                                     |      |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | ※いずれにも適合すること    | ⑤人員基準に適合している事業所であること。                                                                                                                                                                                                                                 |      |       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|        |         | サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | ⑥次のいずれかに適合すること。<br>イ 指定介護予防特定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。<br>ロ 指定介護予防特定施設の看護・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。<br>ハ 指定介護予防特定施設入居者生活介護を入居者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。<br>（介護職員、看護・介護職員又は職員の総数の算定については、①のただし書を準用） |      |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|        |         | ※いずれにも適合すること    | ⑦人員基準に適合している事業所であること。                                                                                                                                                                                                                                 |      |       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 質<br>● | 体制<br>● | 点検項目                                                                                                                                                                                                                       | 確認事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 根拠条文                                | 確認書類等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 点検結果                                |                                     |                          |
|--------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 適                                   | 不適                                  | 該当なし                     |
|        |         | 83 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                                                             | 厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、市町村長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定介護予防特定施設入居者生活介護を行った場合には、次の掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。<br>(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)<br><br>(1) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)<br>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128に相当する単位数<br><br>(2) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)<br>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122に相当する単位数<br><br>(3) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)<br>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110に相当する単位数<br><br>(4) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)<br>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88に相当する単位数 | 平18厚労告127別表8リ                       | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護職員処遇改善計画書</li><li>・ 賃金台帳、給与明細書</li><li>・ 実績報告書</li><li>・ 研修計画書、研修記録</li><li>・ 介護給付費明細書・請求書</li><li>・ 労働保険料の納付</li><li>・ 職員への周知の記録</li><li>・ 任用等の要件を定めている等の資料</li></ul><br><br>キャリアパスに関する資料として <ul style="list-style-type: none"><li>・ 資質向上の研修の実施状況が分かる資料（研修計画書、研修記録）</li><li>・ その他賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等等</li></ul> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|        |         | 賃金改善等の要件                                                                                                                                                                                                                   | (1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が、介護職員等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 checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | （一）当該指定介護予防特定施設が仮に介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | （二）当該指定介護予防特定施設において、介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下「経験・技能のある介護職員」という。）のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | (2) 当該指定介護予防特定施設において、上記の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | (3) 介護職員等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。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | (4) 当該指定介護予防特定施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | (5) 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 checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         |                                                                                                                                                                                                                            | (6) 労働保険料の納付が適正に行われていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|        |         | (7) キャリアパス要件Ⅰ 次に掲げる要件の全てに適合すること。<br>a 介護職員の任用における職位、職責又は職務内容に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。<br>b aに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。<br>c a及びbの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |

| 質<br>●                                                                           | 体制<br>● | 点検項目 | 確認事項                                                                                                                                                                             | 根拠条文               | 確認書類等                   | 点検結果                                |                          |                          |                     |             |                        |                        |                             |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|-------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|---|
|                                                                                  |         |      |                                                                                                                                                                                  |                    |                         | 適                                   | 不適                       | 該当なし                     |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      | (7) キャリアパス要件Ⅱ 次に掲げる要件の全てに適合すること。<br>a 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び研修機会の提供、技術指導等の実施又は資格取得のための支援に関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保すること。<br>b aについて、全ての介護職員に周知していること。 |                    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      | (7) キャリアパス要件Ⅲ 次に掲げる要件の全てに適合すること。<br>a 介護職員の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。<br>b aの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。                             |                    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      | (8) (2) の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善を除く。)及び介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。                                                                                             |                    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      | (9) (8) の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。                                                                                                                            |                    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      | (10) 介護予防特定施設入居者生活介護費におけるサービス提供体制強化加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）のいずれかを届け出ていること。                                                                                                                   |                    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      | 加算Ⅰ～Ⅳの算定要件（賃金改善以外の要件）                                                                                                                                                            |                    |                         |                                     |                          |                          |                     |             |                        |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      |                                                                                                                                                                                  | ①月額賃金改善要件Ⅰ         | ②月額賃金改善要件Ⅱ              | ③キャリアパス要件Ⅰ                          | ④キャリアパス要件Ⅱ               | ⑤キャリアパス要件Ⅲ               | ⑥キャリアパス要件Ⅳ          | ⑦キャリアパス要件Ⅴ  | ⑧職場環境等要件               |                        |                             |   |
|                                                                                  |         |      |                                                                                                                                                                                  | 処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善 | 旧ペア加算相当の2/3以上の新規の月額賃金改善 | 任用要件・賃金体系の整備等                       | 研修の実施等                   | 昇給の仕組みの整備等               | 改善後の賃金要件（440万円一人以上） | 介護福祉士等の配置要件 | 区分ごとに1以上の取組（生産性向上は2以上） | 区分ごとに2以上の取組（生産性向上は3以上） | HP掲載等を通じた見える化（取組内容内容の具体的記載） |   |
|                                                                                  |         |      |                                                                                                                                                                                  | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ       | ○                       | (○)                                 | ○                        | ○                        | ○                   | ○           | ○                      | －                      | ○                           | ○ |
|                                                                                  |         |      |                                                                                                                                                                                  | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ       | ○                       | (○)                                 | ○                        | ○                        | ○                   | ○           | －                      | －                      | ○                           | ○ |
|                                                                                  |         |      |                                                                                                                                                                                  | 介護職員等処遇改善加算Ⅲ       | ○                       | (○)                                 | ○                        | ○                        | ○                   | －           | －                      | ○                      | －                           | － |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ                                                                     | ○       | (○)  | ○                                                                                                                                                                                | ○                  | －                       | －                                   | －                        | ○                        | －                   | －           |                        |                        |                             |   |
| 注（○）は令和7年3月時点で処遇加算Ⅴ(1)・(3)・(5)・(6)・(8)・(10)・(11)・(12)・(14)を算定していた事業所のみ満たす必要がある要件 |         |      |                                                                                                                                                                                  |                    |                         |                                     |                          |                          |                     |             |                        |                        |                             |   |