指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護自主点検表

（併設短期入所生活介護・併設介護予防短期入所生活介護を含む）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | | 令和　　年　　月　　日（　） | |  |
| 法　人　名 | |  | | |
| 代表者（理事長）名 | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | |
| 事 業 所 | 名　　　称 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | 併設（介護予防）短期入所生活介護事業所 |
|  | |  |
| 所　在　地 |  | | |
| 施設の区分 | □従来型　　　　　□ユニット型　　　　　□一部ユニット型 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | 定　員　　　　名 | 入所者数（前年度の平均値）　　　　　　名 | |
| 併設短期入所生活介護 （予防含む） | | 定　員　　　　名 | 利用者数（前年度の平均値）　　　　　　名 | |
| 記入（担当）者職名 | |  | | |

* 自主点検表記載にあたっての留意事項

○チェック項目　　・該当するものにチェック(□)をしてください。

　　　　　　　　　・内容欄に項目について該当のない場合については、該当無をチェックしてください。

　　　　　　　　　・記入すべき箇所については、出来る限り具体的に記入してください。

※従来型及びユニット型の共通項目で、「入所者」とは「入所者」及び「入居者」のことをいいます。

第１　基本方針

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| 第１ 基本方針  　従来型 | 指定地域密着型介護老人福祉施設は、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り入所者の居宅における生活への復帰を念頭において入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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ことを目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスを提供するよう努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 明るく、家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービスを提供かる者又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |

第２ 人員に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １ 医　師 | 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置していますか。  ※サテライト型居住施設の医師については、本体施設の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型居住施設の入所者の処遇が適切に行われていると認められるときはこれを置かないことができる。  ※サテライト型居住施設の医師について配置しない場合、本体施設の入所者とサテライト型居住施設の入所者の合計数を基礎として本体施設に置くべき人員を算出していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２ 生活相談員 | 常勤の者となっていますか。  ※ただし、１人を超えて配置されている生活相談員が、時間帯を明確に区分したうえで当該指定地域密着型介護老人福祉施設を運営する法人内の他の職務に従事する場合であっては、この限りではない。  ※サテライト型居住施設の生活相談員については、常勤換算方法で１以上の基準を満たしていれば非常勤の者であっても差し支えない。  ※本体施設（介護老人保健施設に限る。）の支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われると認められるときは、サテライト型居住施設の生活相談員を置かないことができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 社会福祉法第19条にいう社会福祉主事の資格を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者(介護福祉士又は介護支援専門員) となっていますか。  【※これと同等以上】  　○社会福祉施設等に勤務し又は勤務したことのある者であって、その者の実績等から、入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる者。(社会福祉事業に２年以上従事した者)  　○介護福祉士又は介護支援専門員 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ３ 介護職員又は 看護職員 | 介護職員及び看護職員の総数は常勤換算方法で入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員のうち、１人以上は常勤の者ですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 看護職員の員数は１以上となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| １人以上は常勤の者となっていますか。  ※サテライト型居住施設の看護職員については、常勤換算方法で１以上の基準を満たしていれば非常勤の者であっても差し支えない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 施設の診療所（医務室）が保険医療機関の指定を受け、入所者ではなく、地域住民の外来診療を行っている場合、当該診療の補助に従事する看護職員の勤務時間数は、施設の勤務時間数から除いていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ４ 栄　養　士  （管理栄養士） | １以上配置していますか。  ※サテライト型居住施設の栄養士について、本体施設（指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病床数100以上の病院に限る。）の栄養士によるサービス提供が、本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われていると認められるときは置かないことができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５　機 能 訓 練 指 導 員 | １以上配置してますか。  ※ サテライト型居住施設の機能訓練指導員について、本地施設（指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に限る。）の機能訓練指導員又は理学療法士若しくは作業療法士によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると認められる者ですか。  具体的には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格を有するもの（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。）とする。  ※　日常生活、レクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導は、当該施設の生活相談員又は介護職員の兼務可  ※　入所者処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６ 介護支援専門員 | １以上配置していますか。  ※サテライト型居住施設の介護支援専門員については、本体施設（指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病院（介護療養型医療施設に限る。）に限る。）の介護支援専門員によるサービス提供が、本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型居住施設の入所者に適切に行われていると認められるときは、これを置かないことができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| サテライト型居住施設の介護支援専門員について配置しない場合、本体施設の入所者とサテライト型居住施設の入所者の合計数を基礎として本体施設に置くべき人員を算出していますか。（入所者数が100又はその端数を増すごとに１） | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 常勤専従の者が配置されていますか。  ※入所者処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事可  ※当該施設の他の職務を兼務する場合、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務に係る勤務時間として算入できる。  ※居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は不可  （増員に係る介護支援専門員についてはこの限りでない。） | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７　人員基準の緩和 | サテライト型居住施設の生活相談員、栄養士、機能訓練指導員又は介護支援専門員について入所者の処遇が適切に行われると認められる場合は、次に掲げる本体施設の各区分に応じて人員基準を緩和していますか。 | | | | | |
|  | ①　指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設に置かないことができる人員  □　栄養士　　□　機能訓練指導員　　□　介護支援専門員 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　介護老人保健施設に置かないことができる人員  □　支援相談員　　□　栄養士　　□　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  □　介護支援専門員 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　病院に置かないことができる人員  □　栄養士（病床数100以上の病院の場合に限る。）  □　介護支援専門員（介護療養型医療施設に限る。） | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型介護老人福祉施設の指定短期入所生活介護事業所、指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、併設型指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所等が併設される場合の人員基準の緩和については、それぞれ次のとおりとしていますか。 | | | | | |
|  | ①　指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に置かないことができる人員  □　医師　　□　生活相談員　　□　栄養士　　□　機能訓練指導員 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、予防訪問事業に置かないことができる人員  　□　生活相談員　　□　機能訓練指導員 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　指定認知症対応型通所介護事業所又は指定介護予防認知症対応型通所介護事業所に置かないことができる人員  　□　生活相談員　　□　機能訓練指導員 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所と併設する指定地域密着型介護老人福祉施設に置かないことができる人員  　□　介護支援専門員 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８ 入所者の算定 | 従業者の員数算定のための入所者数について | | | | | |
| ・前年度の平均値としていますか。  （延べ入所者数÷年暦日数） | □ | □ | □ | □ | □ |
| ・新規指定施設は適正な推定数により算定していますか。（6ヶ月未満はベッド数の90%　6ヶ月超1年未満は直近6月平均　１年以上経過は直近１年間における入所者延数） | □ | □ | □ | □ | □ |

第３　設備に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １ 居室  **(従来型)** | 居室定員は１人以下となっていますか。  （ただし、入所者へのサービス提供上必要と認められる場合は２人）  （経過措置：平成２５年４月１日に現存する特別養護老人ホームは、「原則として４人以下」） | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | １人あたりの床面積は10.65平方メートル以上となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ブザー又はこれに代わる設備が全居室に設置されていますか。  ■未設置のベッドがある場合はその数と理由  ・未設置数（　　　　　床）  ・理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 居室定員は１人となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 居室の床面積は、10.65平方メートル以上を標準となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２人部屋がある場合は、21.3平方メートル以上を標準となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 一のユニットの入居定員は、おおむね10人以下となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 敷地や建物の構造上の制約など特別の事情によりやむを得ない場合であって入居者の支援に支障がないと認められる場合には、入居定員が10人を超えるユニットも差し支えないが、次の２つの要件を満たしていますか。  （経過措置）  ・平成25年4月1日時点で①と②の要件を満たしていない既存建物のユニットについては、今後改築する場合を除き、上記要件を適用しない。 | | | | | |
| ①　「おおむね10人」と言える範囲内の入居定員となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　入居定員が10人を超えるユニット数は総ユニット数の半数以下となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ブザー又はこれに代わる設備を設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２ 静養室  **(従来型)** | 介護職員室又は看護職員室に近接して設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ブザー又はこれに代わる設備を設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の居室として利用されていませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ３　共同生活室  **(ユニット型)** | 共同生活室はいずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所として、次の２つの要件を満たすふさわしい形状を有していますか。 | | | | | |
|  | ①　他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車いすが支障なく通行できる形状が確保されていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 一の共同生活室の床面積は、２平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としていますか。  （経過措置：平成15年4月1日現在の既存のユニットがある場合は（同日以降に増改築した場合を除く。）当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むのに必要な広さとする。） | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |
|  | 必要な設備及び備品を備えていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ４ 浴室 | 特別浴槽を設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 要介護者が入浴するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５ 洗面設備  **(従来型)** | 居室のある階ごとに設置されていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６ 便所  **(従来型)** | 居室のある階ごとに居室に近接して設けられていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ブザー又はこれに代わる設備が設けられていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けられていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ブザー又はこれに代わる設備が設けられていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 要介護者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７ 医務室 | 医療法第１条の５第２項に規定する診療所となっていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療法第１条の５第２項　－　この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者の収容施設を有しないもの又は患者19人以下の収容施設を有するものをいう。） | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者に診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８ 食堂及び機能訓練室  **(従来型)** | 合計した面積が３平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上となっていますか。  ※食堂、機能訓練室は食事の提供又は機能訓練に支障のない広さを確保しているときは、同一の場所とすることができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 必要な備品を備えていますか。  ■備品名（主なもの　　　　　　　　　　　 　　 　　　　） | □ | □ | □ | □ | □ |
| ９ 廊下幅 | 片廊下　1.8メートル以上、中廊下　2.7メートル以上となっていますか。  ※ユニット型においては、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、1.5メートル（中廊下1.8　メートル）であっても差し支えない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10 消火設備等 | 消火設備、その他の非常災害に際して必要な設備を設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11 その他 | 各設備は専ら施設の用に供するものとなっていますか。  （入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。） | □ | □ | □ | □ | □ |
| 面積又は数の定めのない設備については、機能を十分に発揮し得る広さ又は数を確保していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 事故の未然防止（誤飲防止）の観点から、画鋲やマグネット等を使用していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| (変更届出の手続) | 専用区画に変更がある場合（指定申請時点及びその後に変更届出が提出されている場合はその時点から）、速やかに変更届を枚方市に提出していますか。  ※変更した日から10日以内に提出すること。  　具体的な事項 | □ | □ | □ | □ | □ |

第４ 運営に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　　　　　容 | | できている | | 一部できている | | | できていない | | | | 分からない | | | | | 該当無 |
| １ 内容及び手続きの説明及び同意 | サービスの提供開始の際に、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を説明し、同意を得て、交付していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 重要事項説明書には利用者の署名・捺印を受けていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 重要事項説明書と運営規程間で内容が相違していませんか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | --- | --- | | 事業者、施設の概要（名称、住所、所在地、連絡先等） | 有・無 | | 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービス内容及び提供方法など） | 有・無 | | 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有・無 | | 指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の内容及び利用料　その他費用の額  （基本サービス費・加算関係・その他の費用等） | 有・無 | | 利用料の請求及び支払方法について等 | 有・無 | | 協力病院・協力歯科 | 有・無 | | 入退所等に当たっての留意事項 | 有・無 | | 衛生管理について | 有・無 | | 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について | 有・無 | | 緊急時の対応方法及び連絡先 | 有・無 | | 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む。） | 有・無 | | 非常災害対策について | 有・無 | | 高齢者の虐待防止に関する項目 | 有・無 | | 身体拘束の原則禁止について | 有・無 | | 苦情処理の体制及び手順、苦情相談窓口の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など） | 有・無 | | サービス提供の記録 | 有・無 | | 地域との連携について | 有・無 | | サービスの第三者評価の実施の有無（※必須） | 有・無 | | サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額の目安など） | 有・無 | | 事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄 | 有・無 | | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | サービスの提供開始について、入所者と契約書を交わしていますか。  ・　契約の内容は、不当に入所者の権利を侵害若しくは制限するものとなっていないか。  ・　契約書には少なくとも、介護サービスの内容及び利用料その他費用の額、契約解除の条件を記載していますか。  ・　契約書への署名押印等は、次のとおりとしていますか。  　　事業者側：法人所在地・法人名称・法人代表者を記載の上、法人代表者印を押印していますか。  　　入所者側：入所者又は法定代理人の住所・氏名を記載の上、押印していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ２ 提供拒否の 禁止 | 正当な理由なく指定介護老人福祉サ－ビスの提供を拒否していないか。  ※正当とならない事例 → 要介護度、所得の多寡、ＭＲＳＡ、Ｂ型肝炎等  ※拒否せざるを得なかった事例とその対応 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ３ サービス提供困難時の対応 | 入所申込者が入院治療を必要とする場合その他入所申込者に対し自ら適切な便宜を提供することが困難である場合は、適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ４ 受給資格等の確認 | 被保険者証及び介護保険負担割合証で、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定の有効期間、負担割合を確認していますか。  （確認の具体的な方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮したサービス提供に努めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 平成18年４月以降に契約締結した利用者について、枚方市の被保険者であることを確認していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ５ 要介護認定申請に係る援助 | 入所の際に要介護認定等を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われていますか確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思踏まえて速やかに当該申請が行われているよう必要な援助を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日30日前には行われるよう必要な援助を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ６ 入退所 | 身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者に対し、サービスを提供していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所申込者の入所に際しては、その者に係る指定居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活暦、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所者の家族等に対し、居宅おける生活への復帰が見込まれる場合には、居宅の生活へ移行する必要性があること、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 心身の状況、病歴等の把握に際し、主治医意見書、診療情報提供書等を活用し、一律に診断書を求めないようにしていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所選考指針に基づいた入所選考を行っていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　入所待ちの入所申込者がいる場合は、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、入所の必要が高いと認められる者を優先的に入所させるよう努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | ②　入所選考委員会を、原則として毎月１回開催し、選考者名簿の調整を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | ③　優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性の確保に留意して行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討していますか。  ■検討会議名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ■参加職員職種（参加するすべての職種を記載すること。）  検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員介護支援専門員等の従業者間で協議していますか。　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及び家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っていますか。  ※対処のための援助とは、本人又は家族等に対する家庭での介護方法等に関する適切な指導、居宅介護支援事業者等に対する情報等の必要な援助をいう。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 安易に施設側の理由により退所を促していませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 退所に際しては、居宅支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ７ 特例入所 | ①　要介護1又は２の者のうち、次に掲げるいずれかの場合で、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合は、介護保険の保険者（以下、「保険者」という。）の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所選考委員会を経て、特例的に入所（以下、「特例入所」という）を認めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ・認知症である者であって日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| ・知的障がい・精神障がい等を伴い日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| ・家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| ・単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| ②　入所申込みの際に、要介護１又は２の場合は、特例入所の要件に該当し施設以外での生活が著しく困難な理由を、入所申込書に付記してあることを確認していますか。  ※新指針に基づく入所決定の施行前（平成27年2月27日）に申込みをした要介護１又は２の既入所申込者についても、特例入所の要件に該当するか否かの確認を行う。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | ③　特例入所の要件に該当する場合は、施設から保険者に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が、特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたり、適宜その意見を求めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ④　入所選考委員会において特例入所対象者の選考を行うとき、入所の必要性の高さを判断するため、保険者に対して適宜意見を求めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ⑤　入所選考の結果、特例入所対象者の入所が決定したときは、保険者に報告を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ８ サービス提供の記録 | 当該入所者の被保険者証に次の事項を記載していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　入所年月日 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | ②　施設の種類及び名称 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ③　退所年月日 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供した際には、サービスの提供日、提供した具体的な内容、入所者の心身の状況その他必要な事項を記録していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 当該記録は、そのサービス提供を開始した日から５年間保存していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ９ 利用料等の受 領  （法定代理受領サービス） | 法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際は、入所者から利用料の一部として、当該地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型介護サービス費の額のうち利用者の負担割合に応じた額の支払を受けていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型介護サービス費の利用者負担分について、公費負担対象となる入所者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型サービス費の利用者負担分について、高額介護サービス費の所得区分に応じた月額負担上限額を超える場合は、当該上限額の支払を受けていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と地域密着型介護サービス費用基準額との間に不合理な差額を設けていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| （特別な居室料） | 特別な居室の定員は１人又は２人となっていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該居室の定員の合計数は運営規程に定められている入所者の定員で除して得た数がおおむね100分の50を超えていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 特別な居室等の１人当たりの床面積が10.65㎡以上ですか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該居室の施設、設備等が、利用料のほかに特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払を入所者から受けるのにふさわしいものとなっていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該居室の提供が、入所者等への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われるものである、サービス提供上の必要性から行われていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該居室の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 実際の当該居室の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| （特別な食事料） | 通常の食事の提供に要する費用の額では提供が困難な高価な食材を使用し、特別な調理を行うなど、必要な費用につき支払いを受けるのにふさわしいものですか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 医師との連携の下に管理栄養士または栄養士による入所者ごとの医学的及び栄養学的な管理を行われていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 食堂、食器等の食事の提供を行う環境について衛生管理がなされていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該食事を提供することによって特別な食事以外の食事の質を損なっていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該食事に係る利用料の額については、特別な食事を提供することに要した費用から通常の食事の額を控除した額とし、その額に消費税を含めた金額となっていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該食事の提供は、予め入所者又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入所者の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにすることとし、利用者等の意に反して特別な食事が提供されることのないようにしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 事業所等の見やすい場所に、以下に掲げる事項について提示していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| ・　事業所等において毎日、又は予め定められた日に予め希望した利用者等に対して、入所者が選定する特別な食事の提供を行えること。 | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| ・　当該食事の内容および料金 | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| 当該食事を提供する場合は、入所者の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得ていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該食事の提供に係る利用料の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約をしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっていますか。  ※提供ごとに費用が異なる場合には「実費」との規定でも可ですが、別途消費税が必要となることの規定は必要。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 実際の当該食事の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| （居住費及び食費） | 負担限度額認定者又は特定負担限度額認定者については、居住費及び食費ともに当該認定証に記載されている負担限度額の範囲内で徴収していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 入院または外泊している入所者のベッドを当該入所者に同意を得た上で、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護として利用している場合は、当該入所者から居住費を徴収していませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 従来型個室に入所している入所者で、多床室に係る施設サービス費を算定する場合は、多床室に係る居住費を徴収していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 入所者から居住費及び食費ともに、負担限度額の範囲内で徴収する場合に、特定入所者介護サービス費（補足給付）と整合が図られていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 負担限度額認定者又は特定負担限度額認定者であるものの、居住費及び食費について、いずれかを負担限度額の範囲内で徴収していない場合は、特定入所者介護サービス費を算定していませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| (その他の日常生活費） | 当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものですか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複関係がありませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目によるものではなく、費用の内訳を明らかにしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 当該費用について、入所者又はその家族の自由な選択に基づいて行われるものであり、入所や又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 当該費用の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 当該費用については、対象となる便宜及びその額を運営規程に定め、施設の見やすい場所に掲示されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | 当該費用の具体的な範囲は、以下のとおりとなっていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | ・　入所者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  （一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品で、入所者の希望を確認して提供されるものであり、入所者に対し、一律に提供し画一的に徴収することは認められない。） | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | ・　入所者の希望によって、教養娯楽費として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  （サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定され、利用者に一律に提供される教養娯楽に係る当該費用として徴収することは認められない。 | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | ・　健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等） | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | ・　預かり金の出納管理に係る費用 | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | ・　私物の洗濯代 | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | 預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　預かり金管理規程を整備していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ②　責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ③　適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ④　入所者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| （その他の日常生活費以外の費用） | 施設が行う便宜の供与であっても、サービス提供と関係のないもの（入所者の嗜好品の購入等）については、その他の日常生活費とは別に徴収していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| その他の日常生活費以外のものについても、入所者又はその家族の希望によるものであって、書面による同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| （領収書） | 入所者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収書を交付していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 領収書には、消費税の課税・非課税の区分、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載されていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 10 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指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る費用の支払いを受けた場合は、その提供した指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容、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入所者に交付していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 11 指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護の取扱方針  **(従来型)** | 地域密着型施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 地域密着型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。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行っていますか。  ※処遇上必要な事項とは、地域密着型施設サービス計画の目標及び内容、行事や日課等を含む。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| **(ユニット型)** | 入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 入居者へのサービス提供に当たっては、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 一人一人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 入居者の意向に関わりなく集団で行うゲームや、日常動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われていないことをしていませんか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるように配慮して行われていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 入居者のプライバシーの確保に配慮して、行われていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| サービスの提供に当たって、入所者又は家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| **（共通）** | 自らの提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| （身体拘束の　原則禁止） | サービス提供に当たっては、当該入所者又は他の入所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（切迫性、非代替性、一時性を満たす場合）を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間等以下の事項を記録していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　どのような身体拘束等を行うか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ②　いつからいつまで身体拘束等を行うか。（※設定期間は概ね１月となっていますか。） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ③　その際の入所者等心身の状況はどのようあるか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ④　緊急やむを得ない理由 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合、本人又はその家族し、書面による同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合、ケ－ス検討会議等で他に方法がないかどうか検討していますか。  ケース検討会議の構成メンバー  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　開催頻度　　　　　　回／  ※開催頻度は概ね２週間に１回以上になっていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  委員会の構成メンバー  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  開催頻度　　　　　　回／  ※３月に１回以上の実施がない場合、減算となります。  ※委員会は、幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の身体拘束等の適正化対応策を担当する者を決めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 身体的拘束等について報告するための様式を整備していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、整備された様式に従い、身体的拘束等について報告していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 身体的拘束適正化委員会検討委員会において、報告された事例を集計し、分析していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 事例の分析に当たっては、発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 適正化策を講じた後に、その効果について評価していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 身体的拘束等の適正化のため、次のような項目を盛り込んだ指針を整備していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| ・　その他の身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年２回以上）に実施していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 【研修参加・実施状況】 ※外部研修は府が委託している研修以外のものでも可。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 地域密着型施設サ－ビス計画の作成 | 施設サービス計画は入所後漏れなく遅滞なく作成されていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 介護支援専門員に地域密着型施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて地域密着型施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。  ※当該地域の住民による入所者の話し相手、会食など。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者についてその有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱えている問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活ができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | アセスメントは、入所者及びその家族に面接して行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | アセスメントに当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行っていますか。また、この場合において、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して説明し、理解を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、下記の事項を記載した地域密着型施設サービス計画の原案を作成していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ①　入所者及びその家族の生活に対する意向 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ②　総合的な援助の方針 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ③　生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ④　サービスの目標及び達成時期  ※各種サービス（機能訓練、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に記載すること。  ※当該達成時期には地域密着型施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行うこと。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ⑤　サービスの内容（行事及び日課等も含む） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ⑥　サービスを提供する上での留意事項等 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、地域密着型施設サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。  ※担当者とは、医師・生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員・栄養士等の入所者の介護及び生活状況に関係する者を指します。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 地域密着型施設サ－ビス計画の原案について、入所者に対して説明し、文書により同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 地域密着型施設サ－ビス計画を作成した際には、入所者に対して施設サービス計画を交付していますか。交付したことがわかるよう記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 地域密着型施設サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて当該計画の変更を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 地域密着型施設サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、入所者及び家族、施設の各職種の担当者との連絡を行うこととし、特段の事情のない限り、次のように行っていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　定期的に入所者に面接していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ②　計画の実施状況を把握(モニタリング)し、その結果について記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所者が要介護更新認定、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的見地からの意見を求めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 変更においても計画作成と同様の一連の手続きを行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| 13 介護  **(従来型)** | 介護は入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって、人格に十分配慮して実施していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | １週間に２回以上、入浴または清しきを行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| **(ユニット型)** | 介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行われていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供していますか。また、やむを得ない場合には、入浴の機会に代えて清しきを行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の入浴の意向に応じることができるだけの入浴の機会が設けられていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | ※入浴の実施状況  ・一般浴（入所者１人当たり）　週　　回 ・中間浴（入所者１人当たり）　週　　回  対象者数：　　　人　　入浴日：　　　　　 対象者数：　　　人　　入浴日： | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・特別浴（入所者１人当たり）　週　　回  対象者数：　　　人　　入浴日：  ・当日入浴できない者の処遇状況  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（共通）** | 入浴前に健康状態を適切に把握していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入浴方法は心身の状況、自立支援を踏まえ、適切に行われていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | 入所者の心身の状況に応じて、適切な方法で、排泄の自立について必要な援助をしていますか。  ※オムツ使用等の状況  使用者数　　　　人（うち夜間のみ使用者数　　　人）  定時交換回数　　　回、トイレ誘導者数　　　人、誘導回数　　　回 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
|  | おむつを使用せざるを得ない入所者について、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | | □ |
| (褥瘡対策） | 褥瘡患者の状況　　　　　年　　月　　日現在　　　　名  うち、入所前から　　　　名　　入所後発症　　　　名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するために、例えば以下のような体制を整備していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・　褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をしていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ・　専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい）を決めていますか。  担当職種（　　　　　　　） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ・　医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置していますか。  構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  開催頻度　　　回/ | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ・　褥瘡対策のための指針を整備していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ・　介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 離床、着替え、整容その他日常生活の行為を適切に支援していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 常時１人以上の常勤の介護職員を配置していますか。（ユニット型従来型ともに） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入所者に自己負担を求め、従業者以外の者による看護及び介護を受けさせていませんか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 家族に介護に来るよう強制せず、従業者で対応していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 14 食事の提供 (共通) | 栄養並びに入所者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供していますか 。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ①　朝食・昼食は適切な時間に提供していますか。  ■・朝食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時  　　利用者　　　名に対して職員　　　名で介助  ・昼食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時  　　利用者　　　名に対して職員　　　名で介助 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ②　夕食は午後６時以降に配膳されていますか。  ■・夕食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時  　　利用者　　　名に対して職員　　　名で介助 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 個々の入所者の栄養状態に応じた栄養管理を行うように努めるともに、接触・嚥下機能その他の入所者の身体の状況や、食形態、嗜好等にも配慮した適切な栄養量及び内容となっていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ※食事の提供状況（直近１ヶ月における利用実人員） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①  普通食　　 　　人　　②　濃厚流動食　　　 人（うち療養食該当 　　人） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ③   療養食　　 　　人（療養食加算を算定している者） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・糖尿病食　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・腎臓病食　　　　人（心臓疾患に対する減塩食療法） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・肝臓病食　　　　人　・胃潰瘍食　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・貧血食　　　　　人　・脂質異常症食　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・膵臓病食　　　　人　・痛風食　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・特別な場合の検査食　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 調理は献立に従って行うとともに、実施状況が明らかにされていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 病弱者に対する献立は必要に応じ、医師の指導を受けていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 調理及び配膳に当たり、適切な衛生管理がなされていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 配膳にあたる職員は事前の手洗い等、衛生状態を確保していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 配膳等を入所者とともに行う場合に、入所者の衛生状態も確保していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 食事は、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ食堂で行われるよう努めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 保存食は材料及び調理済食品を２週間分保存していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 調理関係職員（調理員、栄養士等）の検便は定期的（月１回以上）に行っていますか。（夏季は月２回以上が望ましい） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ・　新規採用者の場合、調理業務従事前にも行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 食事の提供に関する業務を、第三者に委託する場合には、当該施設の管理者が業務遂行上必要な任意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質を確保していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入居者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 居室関係部門と食事関係部門の連携・食事内容の検討を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| **(ユニット型)** | 入居者の心身の状況に応じて、食事の自立について必要な支援を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じ、可能な限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ①　入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ②　その際、共同生活室で食事を摂るよう強制していませんか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| （栄養マネジメント**実施**施設） | 食事の安全面、衛生面は確保されていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 食事の嗜好を栄養ケア・マネジメント等により把握するとともに、喫食状況（食事の摂取量、残食結果等）を記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| （栄養マネジメント**未実施**施設） | ①　検食は毎食前に行われ、その結果が検食簿に記録されていますか。検食簿には、衛生面の項目（異物の混入・適切な加熱状況・異味異臭）が設けられていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ②　検食は施設長以下職員が交代で行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 嗜好調査を実施していますか。■実施回数（　年　　回) | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 喫食調査（残食調査）を行い、記録を残していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 以下の食事関係書類を作成していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　検食簿（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ②　喫食調査結果（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ③　食事箋 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ④　献立表 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ⑤　入所者の入退所簿（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ⑥　食料品消費日計算（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ⑦　入所者年齢構成表（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ⑧　給与栄養目標量に関する帳票（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 15 相談及び援助 | 常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又は家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言又は援助を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 16 社会生活上の便宜の供与等  **(従来型)** | 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜レクリエ－ション行事、クラブ活動等を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 施設は画一的なサービスを提供するのではなく、入所者が自らの趣味又は嗜好に応じた活動を通じて充実した日常生活を送ることができるよう努めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| **(ユニット型)** | 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、同好会やクラブ活動などを含め、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 家族や友人が気軽に来訪・宿泊して入居者と交流することができるよう配慮していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| **（共通）** | 入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについてその者又は家族が行うことが困難な場合は、原則としてその都度その者の同意を得て代行していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 金銭に係るものは書面等により事前に同意を得、代行後、その都度本人の確認を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 常に入所者の家族との連携を図り、入居者とその家族との交流の機会を確保していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入所者の生活を当該施設内で完結させてしまうことのないよう入所者の外出の機会を確保するように努めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 17 機能訓練 | 入所者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 機能訓練室での訓練以外の訓練についても十分に配慮されていますか。（日常生活での機能訓練、レクリエ－ション、行事の実施等）  ■レクリエーション、行事の主なもの | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 18 健康管理 | 医師又は看護職員は、常に入所者の健康状況に注意し、健康保持のための措置を行っていますか。  （年２回以上の実施、胸部X線年１回以上）  　定期健康診断受診日：　　年　　月　　日、　　年　　月　　日 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 結核に係る定期健康診断を年に1回実施し、保健所（受診人数等を保健予防課）に報告していますか。　　感染症法第53条の2、7 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 19 入居者の入院期間中の取扱い | 病院又は診療所に入院する必要性が生じた場合であって、病院又は診療所入院後、おおむね３月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後、円滑に再入所できるようにしていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ■やむを得ない事情により再入所できない事例があった場合はその事例  ※当初予定の退院日に満床であることをもって該当するものではない。 | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | 適切な便宜として、入退院の手続きを行う場合、入退所者及びその家族の同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 入居者の入院期間中のベッドについては、短期入所生活介護事業等に利用しても差し支えないが、入所者が退院時に円滑に再入所できるよう、計画的に行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 20 入居者に関する市町村への通知 | 次のいずれかに該当する場合、遅滞なく意見を付して市町村に通知していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　入居者が正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わず、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 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。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 21　緊急時等の対応 | 入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対してあらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めていますか。  ※方針に定める規定としては、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 22 管理者による 管理 | 管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の職員ですか。  ※ただし、管理上支障がない場合は、同一敷地内にある事業所、施設等の職務に従事することができる。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 23管理者の責務 | 管理者は、施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 管理者は、従業者に当該施設に係る「枚方市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 24 計画担当介護支援専門員の責務 | 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成業務のほか、下記に掲げる業務を行っていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活暦、病歴、指定居宅サービス等の利用状況を把握していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入所者の心身の状況、その置かれて環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅等において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 身体的拘束等の様態及び時間その際の入所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。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 苦情の内容を把握し、記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 事故の状況及び事故に際して採った処置について把握し、記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 25 運営規程 | 運営規程には次の重要事項が定められていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・施設の目的及び運営方針　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・従業者の職種、員数及び職務の内容　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・入所定員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容（ 有 ・ 無 ）  ・利用料その他の費用の額　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・施設の利用に当たっての留意事項　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・緊急時等における対応方法　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・非常災害対策　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・その他施設の運営に関する重要事項　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ※入所定員は、指定地域密着型介護老人福祉施設の事業の専用の居室のベッド数と同数になっているか。  ※「その他施設の運営に関する重要事項」について、やむをえず身体的拘束等を行う際の手続きについて定めているか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 26 勤務体制の確保等 | 入所者に対し、適切な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表（予定と実績）を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護･介護職員等の配置等を明確にしていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 「社会福祉施設における防火安全対策の強化について」に定める宿直員を配置していますか。  　　宿直時間（　　　：　　　～　　　：　　　）  ※社会福祉施設における防火安全対策の強化について（昭和62年９月１日　社施第107号）　五　夜間防火管理体制の充実について　（一）夜間における所要配置人員　イ  また、特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設については、夜勤者（直接処遇職員）とは別に、宿直者を必ず配置すること。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 又は、以下の要件を満たしていますか。  ①　介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設である特別養護老人ホームであって、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年厚生省告示第29号）第四号二又は第五号ハを満たす夜勤職員を配置していますか。  夜勤時間帯（　　　：　　　～　　　　：　　　）  ※　平成12年厚生省告示第29号第四号二  夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ若しくはロ又は夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ若しくはロを算定すべき指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準  ※　平成12年厚生省告示第29号第五号ハ  　夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ若しくはロ又は夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ若しくはロを算定すべき指定介護老人福祉施設サービスを行う職員の勤務条件に関する基準 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ②　当該夜勤職員のうち１以上の者を夜間における防火管理の担当者として指名していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ③　宿直時間帯を通じて、頭数で常時１以上の加配がされていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ④　宿直時間帯と夜勤時間帯が異なる場合、宿直時間帯において、直接処遇職員（介護職員又は看護職員）を基準以上配置していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| **(ユニット型)** | 従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、従業者が一人一人の入居者について、個性、心身の状況、生活暦などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するために「馴染みの関係」が求められることから、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ①　昼間については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ②　夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ③　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ④　ユニットリーダー研修修了者が２名以上いますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 夜間を行う職員（看護又は介護職員）の勤務体制数は以下のとおり確保していますか。  施設入所者数と短期入所者利用者数の合計数が  25以下　　　　　　　　　　　　１人以上  26超　　60以下　　　　　　　　２人以上  60超　　80以下　　　　　　　　３人以上  80超 　100以下　　　　　　　　４人以上  100超　　　　　　　25又はその端数を増すごとに１人を加えた数以上 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | タイムカード等を利用して、職員の勤務時間の確認等を行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 入所者の処遇に直影響を及ぼす業務について、当該施設の従業員のみによるサービスを提供していますか。（処遇に直接影響を及ぼさない業務　：　調理業務、洗濯等） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 【職員検診】 | 職員の健康診断は年１回（夜勤を行う職員については年２回）行っていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| （研修関係） | 従業者の資質の向上のため、計画的な研修の機会を確保していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 入所者の意思と人格を尊重したサービスを提供するため、職員の人権意識の向上を図るための内部研修の実施や外部研修に参加させていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| ＜実施状況＞（これまでの実績がない場合、今後の研修予定を記入してください。）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修内容を研修参加職員以外に還元できる体制（記録を含む）が整備されていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 27 定員の遵守 | 施設の入所定員を遵守していますか。  　　　　　年　　　月　　　日現在  　施設定員　　　人　利用者　　　人（うち入院　　　人） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| **(ユニット型)** | 施設のユニットごとの入居定員を遵守していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| **(共通)** | 居室の定員を超えないようにしていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | ■緊急その他のやむを得ない事情による定員超過がある場合は、その理由及び入所者数（記入日現在）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 近い将来、指定地域密着型介護老人福祉施設本体に入所することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者が、指定地域密着型介護老人福祉施設（当該施設が満床である場合に限る。）に入所し、併設される指定短期入所生活介護事業所の空床を利用して指定地域密着型介護福祉施設サービスを受けることにより、地域密着型介護老人福祉施設の入所定員を超過する(特例利用)場合は、入所定員に100分の105を乗じて得た数を超えないようにしていますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
|  | 上記、特例利用の受け入れを行った場合、その理由を入所者台帳等に記録していますか。 | | □ | | □ | | | □ | | | | □ | | | | □ | |
| 28 非常災害対策 | 非常災害に関する具体的計画はありますか。 | 計画の有無 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第３条に規定する消防計画（これに準ずる計画書を含む）及び**水害・土砂災害・地震等**の災害に対処するための計画（マニュアルを含む）をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第８条の規定により防火管理者を置くこととされている施設にあってはその者に行わせることになります。  また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせることになります。 | 火災 | | | | | □ | | | | □ | | | □ | | | |
| 水害 | | | | | □ | | | | □ | | | □ | | | |
| 土砂災害 | | | | | □ | | | | □ | | | □ | | | |
| 地震災害 | | | | | □ | | | | □ | | | □ | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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。  ※「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう職員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めたものです。 | | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | |
| ①　定期的に必要な訓練を行っていますか。（年２回以上） | | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | |
| ②　うち１回は夜間を想定した訓練を行っていますか。 | | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | |
| ③　火災訓練以外に水害・土砂災害・地震等の訓練を行っていますか。 | | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | |
|  | ●火災訓練の実施状況　　※前年度及び今年度の実施状況（予定を含む）を記入してください。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●水害・土砂災害・地震等の避難訓練の実施状況   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | |  | 日中 ・ 夜間 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　防火管理者（消防法に基づく）を置いていますか。  ※当該管理者の職名を記載  防火管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　職種： | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ②　防火管理者が変更となった場合、変更届を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 消防法による消防計画の届出を行っていますか。  消防計画の提出日　　　　　年　　月　　日 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 消防法による避難設備、消防用設備の定期点検及び報告を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 非常時に備え備蓄を行っていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　食糧・飲料水及び生活必需品等の備蓄を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | （生活必需品）　医薬品、毛布、紙おむつ、簡易トイレ、暖房器具、携帯電話用バッテリーチャージャー、懐中電灯　等 | |
|  | ②　備蓄は入所者分のみでなく、職員分も備蓄していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ③　備蓄は３日分程度確保されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 29 衛生管理等 | 入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 施設、食器、飲料水等の衛生管理及び施設内の悪臭対策は適切に実施していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 調理及び配膳に伴う衛生は、食品衛生法関係法規に準じて行われていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 食品の保管設備、食器の消毒・保管方法等は大量調理衛生マニュアルに沿って行われていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 簡易専用水道【有効容量が10㎥を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年１回法定検査を受けていますか。  法定検査受検日　　　　　年　　　月　　　日  清掃実施日　　　　　　　年　　　月　　　日  水質検査実施日　　　　　年　　　月　　　日 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 貯水槽（受水槽）を使用している場合、清掃を年１回以上行っていますか。  清掃実施日　　　　　　　年　　　月　　　日  水質検査実施日　　　　　年　　　月　　　日 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①  入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の３回実施し、常に0.2～0.4mg/ℓ以上を保たれていますか。（公衆浴場における衛生等管理要領による。） | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ②  浴槽水を適切に（１週間に１回以上）交換し、清掃を行っていますか。  ※浴槽水交換頻度　　　回　/　週 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ③　循環式浴槽水は少なくとも１年に１回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認していますか。（高齢者施設は、年２回以上が望ましい）  １回目：時期　　.　　.　　 結果  ２回目：時期　　.　　.　　 結果 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ④　消毒、換水、清掃の記録を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | シーツ交換は　週１回以上行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 清潔リネン庫に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置かないようにしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 医薬品及び医療用具の管理は適切ですか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　医薬品は、施錠のできるところに保管されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ②　医務室の職員が不在になるときは、出入口を施錠していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ③　冷蔵庫に医薬品と食品が混在しないよう配慮していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ④　医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険を伴うものについては、管理責任者を定めていますか。（向精神薬については、医薬品受払簿を整備することが望ましい。） | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ⑤　医薬品、薬剤の取扱いにおいて誤薬・誤飲防止等の入所者に対する安全対策を講じていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 洗剤等の危険物が認知症の入所者の手が届くところに放置されていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 感染症予防の観点から、共用タオルや固形石けんを使っていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 手指消毒薬剤または消毒器を設置していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 感染症または食中毒が発生し、又はまん延しないように以下のような必要な措置を講ずるよう努めていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 委員会は概ね３月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じて随時開催し、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。  　委員会の構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　人数　　　　人　　開催頻度　　回/ 記録の有無　有・無 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 専任の感染対策を担当する職員（看護師が望ましい）を決めていますか。  　感染症対策担当者　職種 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ②　感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針が整備されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応が規定されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 発生時における施設内の連絡体制や医療機関等の関係機関への連絡体制が明記されていますか。  ※　平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液。分泌液、排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等  　発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等  「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を参照 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 当該指針の内容を職員に周知していますか。  ※　調理や清掃などの業務を行う者に対しても、施設の指針を周知していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ③　感染症マニュアルを整備していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 感染症マニュアルに以下の項目が規定されていますか。  ・ＭＲＳＡ　　　　・疥癬　　　　　　　・Ｏ－１５７  ・ノロウイルス　　・インフルエンザ　　・結核 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 感染症マニュアルの内容を職員に周知していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌(O-157等)感染症対策、レジオネラ症対策等について、別途通知等に基づき適切な措置を講じていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ④　介護職員その他の従業者に対し、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を、年２回以上開催していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 新規採用時には必ず感染対策研修を実施していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 【研修実施状況】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 研修の内容を記録していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告し、施設長は必要な指示を行う等、感染症管理体制の徹底を図るための体制整備や感染症の対応方策が整備されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 次の場合、市町村等に迅速に感染症又は食中毒が疑われる者等の人員、症状、対応状況等を報告するとともに保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講じていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ・　同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が１週間以内に２名以上発生した場合。  ・　同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。  ・　上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。 | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | 加湿器を設置している場合、レジオネラ菌によつ感染防止のため、タンクの水を毎日交換し、加湿装置の汚れを一月に１回以上点検するなどの必要な措置を講じていますか。  ※厚生労働省告示第264号「レジオネラ症を予防するための必要な措置に関する技術上の指針」参照 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 30 協力病院 | 入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ協力病院を定めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ・協力病院の概要   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 名称 | 契約書等 | 搬送想定時間 | 診療科目 | 病床数 | |  | 有・無 | 分 |  |  | |  | 有・無 | 分 |  |  | |  | 有・無 | 分 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設から近接した病院を確保していますか。 (自動車等20分程度を目安） | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ・協力歯科の概要   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 名　称 | 契約書等 | 訪問診療 | 所在地 （市町村・区名） | 施設からの 距離 | |  | 有・無 | 有・無 |  | ㎞ | |  | 有・無 | 有・無 |  | ㎞ | |  | 有・無 | 有・無 |  | ㎞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 掲示 | 施設内の見やすい場所に、以下の重要事項を掲示していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　運営規程の概要  ②　従業者の勤務体制  ③　協力病院  ④　利用料及びその他の費用  ⑤　食事の週間メニュー  ⑥　虐待に係る通報窓口（市町村）  ⑦　その他のサービスの選択に関する重要事項  ※　主な事項を記載 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 入所者の手の届く可能性のある掲示物に押しピンを使用していませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 32 秘密保持等 | 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た入所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。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ■秘密保持のための措置の内容  ・従業者に対する措置の内容  （口頭、就業規則、誓約書、その他（　　　　　　　　　））  ・退職者に対する措置の内容  （口頭、就業規則、誓約書、その他（　　　　　　　　　）） | |
| 居宅介護支援事業者等に対し、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により同意を得ていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 個人情報保護のための体制づくりがなされていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 個人情報保護のために職員への意識啓発、教育を実施していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ケースの記録は鍵のかかる部屋に保管して施錠するなどプライバシー保護に配慮していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 居室やナースステーションの表示等はプライバシーが十分に配慮されていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 33 広告 | 広告の内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 34 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 | 居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益供与を行なっていませんか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 居宅介護支援事業者またはその従業者から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していませｎか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 35苦情処理 | 提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の適切な措置を講じていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 相談窓口（当該施設、保険者、国保連合会）、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに施設内に掲示していますか。  苦情解決責任者：職名　（　　　　　　　）  苦情対応担当者：職名　（　　　　　　　） | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 苦情を受けた場合には、苦情の内容等を記録していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 入所者からの苦情に関して、保険者が行う調査に協力するとともに、市町村から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 市町村からの求めがあった場合には、上記についての改善の内容を報告していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、上記についての改善の内容を報告していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 第三者委員（オンブズマン）を設置し、苦情解決に努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 36 地域との連携 | サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定地域密着型介護老人福祉施設が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域密着型介護老人福祉施設について知見を有する者等により構成される協議会（「運営推進会議」）を設置し、おおむね２月に１回以上、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。  ※指定地域密着型介護老人福祉施設と指定認知症対応型共同生活介護事業所等を併設している場合においては、１つの運営推進会議において、両事業所の評価を行うことで差し支えない。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 運営推進会議における報告等の記録は、５年間保存していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合には、以下の条件を満たしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ①利用者及び利用者家族については匿名にするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ②同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えない。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 施設の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 入所者からの苦情に関して、市町村が派遣する介護相談員の受け入れや広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業に協力するよう努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 37 事故発生の防止及び発生時の対応 | 事故発生の防止のための指針を整備していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 事故発生の防止のための指針に下記の項目が規定されていますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　施設における介護事故の防止に関する基本的考え方 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ②　介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ③　介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ④　施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いものの報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ⑤　介護事故等発生時の対応に関する基本方針 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ⑥　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ⑦　その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ①　介護事故等について報告するための様式を整備していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ②　介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生ごとにその状況背景等を記録するとともに①の様式に従い、介護事故等について報告していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ③　事故発生の防止のための委員会において、報告された事例を集計し、分析していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ④　事例の分析にあたっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因をとりまとめ、防止策を検討していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ⑤　報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ⑥　防止策を講じた後に、その効果について評価していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故発生の防止のための委員会を設置し、専任の安全対策を担当する者を決めていますか。  委員会の構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  人数　　　　　人　　開催頻度　　　回/　　　記録の有無　有・無  専任の安全対策を担当する者  職種・名： | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故発生の防止のための研修を、年２回以上開催していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 【研修実施状況】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故発生時は、速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故の状況、その背景及び事故に際して採った処置について記録していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行えるよう体制（保険加入、積立金）をとっていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故対応マニュアル、又はそれに準ずるものを整備していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 事故対応マニュアル等は全ての職員に周知が図られていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 38 会計の区分 | 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業の会計とその他の事業との会計を区分していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 39 記録の整備 | 従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 記録者は特定できますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 各記録が鉛筆書ではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものとしていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 入所者に対する施設サ－ビスの提供に関する諸記録を整備し、当該サービスを提供した日から５年間保存していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　施設サ－ビス計画書  ②　提供した施設サービスの具体的な内容等の記録  ③　健康管理の記録等  ④　緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録  ⑤　市町村への通知に係る記録（４「20.入所者に関する市町村への通知」を参照）  ⑥　苦情の内容の記録  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  ⑧　入所選考委員会(入所の選考に係る事務を行うための合議制の委員会)の議事録  ⑨　運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 40 変更の届出等 | 運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。  ※　変更した日から10日以内に提出すること。  　　具体的な事項 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 41 高齢者虐待の防止 【高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律】 | 施設の従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 入所する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていませんか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ②　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ③　高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ④　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ⑤　高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 高齢者虐待の防止について、従業者への研修の実施、サービスの提供を受ける利用者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備等による虐待の防止のための措置（人権研修等）を講じていますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 【研修実施状況】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 42 介護職員によるたん吸引等の取扱い  【社会福祉士及び介護福祉士法】 | 事業所の介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合、下記の内容を満たしているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 喀痰吸引等について、「認定特定行為業務従事者」として認定された者が行っているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等を行わせている場合、事業所を「登録特定行為事業者」として大阪府に登録しているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 登録特定行為事業者として実施する喀痰吸引等の特定行為は、認定特定行為従業者の行える行為の範囲で登録しているか。  （たん吸引）   * 口腔内　　　　□　鼻腔内　　　　□　気管カニューレ内   （経管栄養）  胃ろう又は腸ろう　　　　□　経鼻経管栄養 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| （１）医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）」で定める下記の基準に適合しているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ①　介護福祉士（認定特定行為業務従事者）による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。 | |
|  | ②　喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士（認定特定行為業務従事者）と共有することにより、適切な役割分担を図っているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ③　対象者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記録した計画書を作成しているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ④　喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随時看護職員に報告しているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ⑤　作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ⑦　対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ⑧　①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | （２）喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されているとともに、その他安全かつ訂正に実施するために以下の必要な措置を講じているか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①　喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせているか。  認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉等に対し、喀痰吸引等業務を行わせた場合は、登録取り消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ②　医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他対象者の安全を確保するために必要な体制を確保しているか。  　【委員会のメンバー】  　・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。  　　※メンバーの職種記載  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　※安全委員会は、多職種から構成すること。  　　※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | 〈安全確保体制における具体的取組内容〉  安全委員会等においては、以下につい取り決めを行っているか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・当該委員会の設置規定に関すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ・喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ・喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ・喀痰吸引等業務従業者等の教育等に関すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
|  | ・ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ・その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| 〈安全委員会等の運用上の留意事項〉  安全委員会等の運用においては、以下の点に留意しているか。   * 喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ・当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ③　喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ④　備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ⑤　計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| ⑥　喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じているか。 | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |
| （3）登録の変更は適切に行っているか。  　□法人の名称　　□法人の住所　□法人の代表者　□法人の寄付行為又は定款  　□事業所の名称　□事業所の所在地　□業務方法書　□喀痰吸引等業務従業者の名簿  　□登録特定行為　□個別の緊急連絡網（特定の者対象の場合のみ） | | □ | | □ | | | | □ | | | □ | | | □ | | |

第５業務管理体制の整備

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １　業務管理体制整備に係る届出書の提出 | 事業者（法人）において、①～③の区分に応じ、業務管理体制を整備するとともに、当該整備に係る事項を記載した届出書を、所管庁に提出していますか。  ①　法令遵守責任者の選任　**【全ての法人】**  　　　　法令遵守責任者の届出　　　　　済　　・　　　未  　　　　所属・職名　　　　　　　　　　　　　氏名    ②　法令遵守規程の整備**【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】**  ①に加えて、規程の概要の届出　　　　　済　　・　　　未  ③　業務執行の状況の監査の定期的な実施**【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】**  ①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出　　　済　　・　　　未 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 届出事項に変更があるときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ていますか。  ※　事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、届出が必要 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 所管庁に変更があったときは、変更後の届出書を、変更後の所管庁及び変更前の所管庁の双方に届け出ていますか。  ※　所管庁（届出先）  　◎指定事業所又は施設が２以上の都道府県に所在する事業者…厚生労働大臣又は都道府県知事★《注》  　◎地域密着型サービス（介護予防含む）のみを行う事業者で、すべての指定事業所が同一市町村内に所在する事業者…枚方市長  　◎上記以外の事業者…大阪府知事（福祉部高齢介護室）  ★《注》  ・１つの地方厚生局の管轄区域にある場合→都道府県知事  ・２つの地方厚生局の管轄区域にまたがる場合→法人本部が所在する都道府県知事  ・３つ以上の地方厚生局の管轄区域にまたがる場合→厚生労働大臣 | □ | □ | □ | □ | □ |

第６ 介護給付費の算定及び取扱い

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | | | | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １ 基本的事項  （端数処理） | 単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行う度に小数点以下の端数処理(四捨五入)を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定される単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| (入所などの日数の数え方) | 入所の日数については、入所日及び退所日の両方を含めて、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。  ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該施設と短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型共同生活介護、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合であって、当該施設から退所した日に他の介護保険施設等に入所等する場合、当該施設へ入所した日は入所の日数に含め、退所した日は入所の日数に含めずに、施設サービス費を算定していますか。 | | | | | | | | |
| ①　当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　当該施設と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該施設の入所者が、当該施設と次の位置関係にある病院又は診療所の医療保険適用病床（以下「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。）へ入院した場合、当該施設における入退所の日は入所の日数に含めずに、施設サービス費を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　当該施設と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２ 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費 | 居室の区分に応じて所定単位数を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 従来型個室において、次の事項に該当する場合は、多床室の所定単位数を算定していますか。 | | | | | | | | |
| ①　従来型個室に入所している者であって、平成17年９月30日において、従来型個室に入所している者（ただし、特別な室料を支払っていない場合）で、同年10月１日以降引き続き従来型個室に入所している者  当該従来型個室を一旦退所した後、再度当該従来型個室に入所者して地域密着型介護老人福祉施設生活介護を受ける場合に、措置の対象としていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内である者  ※医師の判断が明確でないものは対象とならない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　居室の面積が10.65平方メートル以下に適合する従来型個室に入所する者 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者  ※医師の判断が明確でないものは対象とならない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （夜勤職員） | 夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、暦月において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数の100 分の97に相当する単位数としていますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として施設ごとに設定したもの）において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が２日以上連続して発生した場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が４日以上発生した場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （定員超過） | 入所者数が定員を超過した場合、所定単位数の100 分の70に相当する単位数としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 次の場合は、入所定員に100 分の105 を乗じて得た数（入所定員が40人を超える場合にあっては、入所定員に２を加えて得た数）までは減算を行っていませんか。 | | | | | | | | |
| ①　市町村が行った措置による入所によりやむを得ず入所定員を超える場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　当該施設の入所者が入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときであって、その時点で当該施設が満床だった場合（当初の再入所予定日までの間に限る。） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 指定短期入所生活介護事業所の空床の特例利用の場合は、入所定員に100 分の105 を乗じて得た数までは、減算を行っていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 定員の超過は、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消するように努めていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （人員欠如） | 介護・看護職員の総数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100 分の 70の相当する単位数としていますか。  ・　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合は、その翌月から入所者の全員について所定単位数が減算される。  ・　１割の範囲内で減少した場合は翌々月から所定単位数が減算される。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 看護職員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100 分の70に相当する単位数としていますか。  ・　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合は、その翌月から入所者全員について減算される。  ・　１割の範囲内で減少した場合は翌々月から所定単位数が減算される。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護支援専門員の員数に欠員が生じた場合は、所定単位数の100 分の70に相当する単位数としていますか。  ・　欠員が生じた場合は、その翌々月から所定単位数が減算される。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ３ ユニットケア体制 | ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設において、施設基準を満たさない場合、１日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ※減算については、ある月（歴月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算される。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。） | | | |  |  |  |  |  |
| ４ 特定入所者介護サービス費 | 居住費及び食費におけるを負担限度額の範囲内で徴収する場合に限って当該費用を請求していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 負担限度額認定者であるものの、居住費又は食費についていずれかを負担限度額を超えて徴収している場合は、当該費用を請求していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 居住費又は食費について負担限度額よりも低い額で徴収する場合、基準費用額と負担限度額との差額で請求していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入院または外泊時に居住費を入所者から徴収する場合（短期入所生活介護未利用）で、当該費用を請求するときは、当該外泊時費用算定期間内となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入院または外泊中の初日又は最終日に食事の提供を行わなかった場合、負担限度額認定証の交付を受けた者の当該日に係る補足給付を請求していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５ 身体拘束廃止未実施減算  ★枚方市に届出が必要 | 身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていない場合、所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の入所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。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　身体拘束等適正化のための指針を整備していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ④　介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６ 日常生活継続支援加算  ★枚方市に届出が必要 | ●日常生活継続支援加算(Ⅰ) 　　36単位 | | | | | | | | |
| (1)　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| (2)　次のいずれかに該当していますか。 | | | | | | | | |
| ①　算定日の属する月の前６月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者の占める割合が100分の70以上ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ② 　算定日の属する月の前６月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、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である者の占める割合が100分の65以上ですか。  ※「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症である者」とあるのは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者をいう。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定日の属する月の前６月間又は前12月間における新規入所者の総数における要介護４又は５の者の割合及び日常生活に支障のきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから、介護を必要とする認知症である者の割合を算出する際には、対象となる新規入所者ごとのその入所の日における要介護度及び日常生活自立度の判定結果を用いていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 届出を行った月以降においても、毎月において直近６月間又は12月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要であり、これらの割合については、毎月記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上ですか。  ※「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる行為を必要とする者」とあるのは、社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項の医師の指示の下に行われる、「口腔内の喀痰吸引」、「鼻腔内の喀痰吸引」、「気管カニューレ内部の喀痰吸引」、「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」、「経鼻経管栄養」が必要な者をいう。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合については、届出日の属する月の前３月のそれぞれの末日時点の割合の平均について算出していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 届出を行った月以降においても、毎月において直近３月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要である。これらの割合については、毎月記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (3)　介護福祉士を常勤換算方法で、※入所者の数が６又はその端数を増すごとに １ 名以上配置していますか。(※入所者の数は、当該年度の前年度の平均) | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ※併設型の短期入所生活介護と兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設と短期入所生活介護それぞれに割り振った上で（例：前年度の入所者数平均が40 人の本体施設と10 人の短期入所生活介護の間で均等に兼務している場合は常勤換算でそれぞれ0.8 人と0.2 人とするなど）、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定のための計算の対象とする。その際、実態として本体施設と併設の短期入所生活介護における勤務時間が１：１ 程度の割合で兼務している介護福祉士を本体施設のみにおいてカウントするなど、勤務実態と著しく乖離した処理を行うことは認められない。  ※空床利用型の短期入所生活介護については、短期入所生活介護に係る業務を本体施設における業務と分離して考えることは困難であるため、特に按分を行わず、本体施設に勤務する職員として数えて差し支えない。 | | | |
|  | 介護福祉士の員数については、届出日の属する月の前３月間における員数の平均を、常勤換算方法を用いて算出した値が、必要な人数を満たすものとなっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 届出を行った月以降においても、毎月において直近３月間の介護福祉士の員数が必要な員数を満たしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者としていますか。  ※介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |
|  | (4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (5)サービス提供体制強化加算を算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●日常生活継続支援加算（Ⅱ）　　　46単位 | | | | | | | | |
|  | (1)　ユニット型地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費、ユニット型経過的地域密着型介護福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (2)　日常生活継続支援加算(Ⅰ) の（２）から（５）を満たしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７ 看護体制加算  ★枚方市に届出が必要 | ●看護体制加算（Ⅰ） 下記基準に適合している場合、１日につき【イ　12単位】【ロ　４単位】を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | | (1)イ　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ロ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (2)常勤の看護師を １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (3)定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●看護体制加算（Ⅱ） 下記基準に適合している場合、１日につき【イ　23単位】【ロ　８単位】を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |  | | (1)イ　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ロ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (2)看護職員を常勤換算方法で２名以上配置していますか。  ※入所者の数が25又はその端数を増すごとに１以上となっていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (3)当該看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間の連絡体制を確保していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ①　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、 夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ②　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ③　施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①及び②の内容が周知されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ④　施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やＦＡＸ等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (4)定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 短期入所生活介護の事業所を併設している場合は、短期入所生活介護事業所とは別に、必要な数の看護職員を配置していますか。  ※看護体制加算(Ⅰ)については、併設の短期入所生活介護事業所における看護師の配置にかかわらず、本体施設として別に１名以上の常勤の看護師の配置を行った場合に算定可。  ※看護体制加算(Ⅱ)については、併設の短期入所生活介護事業所における看護職員の配置にかかわらず、看護職員の本体施設における勤務時間を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除した数が、入所者の数が25又はその端数を増すごとに１以上となる場合に算定可。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 空床を利用して短期入所生活介護を行っている場合にあっては、本体施設の入所者と短期入所生活介護の利用者を合算したものを「入所者数」として取り扱い、一体的に加算を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看護体制加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を同時に算定する場合にあっては、看護体制加算(Ⅰ)において加算の対象となる常勤の看護師についても、看護体制加算(Ⅱ)における看護職員の配置数の計算に含めていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８ 夜勤職員配置加算  ★枚方市に届出が必要 | ●夜勤職員配置加算（Ⅰ）  下記基準に適合している場合、１日につき【イ　41単位】【ロ　13単位】を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | | (1)　夜間の勤務体制を以下のとおり確保していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 施設入所者数と短期入所者利用者数の合計数が | |
| * 25以下　　１以上＋１　　　　□　26超60以下　２以上＋１ | |
| * 60超80以下　３以上＋１　　 □　80超100以下　４以上＋１ | |
| * 100超　25又はその端数を増すごとに１を加えた数＋１以上 | |
|  |  | |
|  | (2)下記の要件いずれかに適合している場合は、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の９を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、入所者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　見守り機器は、入所者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、3月に１回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (3)　イ　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ロ　経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●夜勤職員配置加算（Ⅱ）  下記基準に適合している場合、１日につき【イ　46単位】【ロ　18単位】を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | | (1)夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を配置し、ユニット部分全体に対し１人以上増配していますか。  ※増配した夜勤職員については、必ずしも特定のユニットに配置する必要はない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (2)下記の要件いずれかに適合している場合は、夜勤を行うの介護職員又は看護職員の数に10分の９を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、入所者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ③　見守り機器は、入所者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ④　「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、3月に１回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (3)イ　ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ロ　ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●夜勤職員配置加算（Ⅲ）  下記基準に適合している場合、１日につき【イ　56単位】【ロ　16単位】を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | | (1)　夜間の勤務体制を以下のとおり確保していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | 施設入所者数と短期入所者利用者数の合計数が | |
|  |  | | * 25以下　　１以上＋１　　　　□　26超60以下　２以上＋１ | |
|  |  | | * 60超80以下　３以上＋１　　 □　80超100以下　４以上＋１ | |
|  |  | | * 100超　25又はその端数を増すごとに１を加えた数＋１以上 | |
|  |  | | (2)下記の要件いずれかに適合している場合は、夜勤を行うの介護職員又は看護職員の数に10分の９を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、入所者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ③　見守り機器は、入所者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ④　「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、3月に１回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (3)　イ　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ロ　経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (4)夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ①　介護福祉士であって、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる下記の行為のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了している者  (たん吸引)  □　口腔内　　　□鼻腔内　　　□気管カニューレ内  (経管栄養)  □胃ろう又は腸ろう　　　□　経鼻経管栄養 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ②　特定登録者であって、特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ③　新特定登録者であって、新特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ④　社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従業者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (5)①～③に該当する職員を配置する場合にあっては喀痰吸引業務の登録を、④に該当する職員を配置する場合にあっては特定行為業務の登録を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●夜勤職員配置加算（Ⅳ）  下記基準に適合している場合、１日につき【イ　61単位】【ロ　21単位】を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |  | | (1)夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を配置し、ユニット部分全体に対し１人以上増配しているか。  ※増配した夜勤職員については、必ずしも特定のユニットに配置する必要はない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (2)下記の要件いずれかに適合している場合は、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の９を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、入所者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ②　「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ③　見守り機器は、入所者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ④　「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、3月に１回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (3)イ　ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ロ　ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (4)夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ①　介護福祉士であって、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる下記の行為のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了している者  (たん吸引)  □　口腔内　　　□鼻腔内　　　□気管カニューレ内  (経管栄養)  □胃ろう又は腸ろう　　　□　経鼻経管栄養 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ②　特定登録者であって、特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ③　新特定登録者であって、新特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | ④　社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従業者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | (5)①～③に該当する職員を配置する場合にあっては喀痰吸引業務の登録を、④に該当する職員を配置する場合にあっては特定行為業務の登録を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【共通】 | ※夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とする。１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定していますか。（小数点第三位以下は切り捨てるものとする） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ９ 準ユニットケア加算  ★枚方市に届出が必要 | 下記基準に適合している場合、１日につき５単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 12人を標準とする単位として、施設サービスを行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| プライバシーの確保に配慮した居室を整備するとともに、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けていますか。  ※「個室的なしつらえ」とは、可動でないもので隔てることまでを要するものではありませんが、視線が遮断されることを前提とします。建具による仕切りは認められていますが、家具やカーテンによる仕切りでは不可となります。また、天井から隙間が空いていることは認められている。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | | |
|  | 次の①から③までに掲げる基準に従い人員を配置していますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　日中については、準ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　夜間及び深夜において、２準ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10生活機能向上連携加算  ★枚方市に届出が必要 | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が、当該施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、入所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、1月につき200単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練を算定している場合は、100単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下、理学療法士等）が当該施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下、機能訓練指導員等）と共同してアセスメント、入所者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていますか。  ※　医療提供施設が病院である場合は、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。  ※「リハビリテーションを実施している医療提供施設」は、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院であること。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員等は、理学療法士等から、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を受けていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練計画には、入所者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載していますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。  ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画の作成は必要としない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 目標については、入所者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえて策定することとし、当該入所者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練計画に基づき、入所者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、入所者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練の進捗状況等について、３月ごとに１回以上、理学療法士等が当該施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族等に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて見直し等を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、入所者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該入所者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を受けた上で、当該入所者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、常に当該施設の機能訓練指導員等により閲覧が可能となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11 個別機能訓練加算  ★枚方市に届出が必要 | 下記基準に適合している場合、１日につき１２単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 常勤専従の理学療法士、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。）（以下、理学療法士等）を１名以上（入所者数が100 を超える施設は、常勤専従の理学療法士等を１名以上配置し、かつ、理学療法士等を常勤換算方式で入所者数を100 で除した数以上）配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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、入所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ますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という。）について算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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、入所者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っていますか。  ※地域密着型施設サービス計画に個別機能訓練計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 開始時及びその３月ごとに１回以上入所者に対して内容を説明し、記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 計画について、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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、入所者ごとに保管され、常に閲覧が可能となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12 若年性認知症入所者受入加算  ★枚方市に届出が必要 | 若年性認知症入所者に対して指定地域密着型介護福祉施設サービスを行った場合、若年性認知症入所者受入加算として、１日につき120単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 受け入れた若年性認知症入所者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、当該加算を算定していないか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13 常勤医師配置加算  ★枚方市に届出が必要 | 常勤専従の医師を１名以上（入所者数が100 を超える施設は、常勤専従の医師を１名以上配置し、かつ、医師を常勤換算方式で入所者数を100で除した数以上）配置している場合、１日につき25単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14 精神科を担当する医師に係る加算  ★枚方市に届出が必要 | 認知症の症状を呈する入所者が全入所者の３分の１以上を占める施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月２回以上行われている場合、１日につき５単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 「認知症である入所者」とは、次のいずれかに該当していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ・　医師が認知症と診断した者 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　旧措置者は「認知症高齢者介護加算」の対象に該当している場合（医師の診断は不要） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 常に認知症である入所者の数を的確に把握していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「精神科と担当する医師」とは、精神科を標ぼうしている医療機関において精神科を担当している医師となっていますか。  ※過去に相当期間、精神科を担当する医師であった場合や精神保健指定医の指定を受けているなど、その専門性が担保されていると判断できる場合は算定可。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 精神科を担当する医師について、常勤医師配置加算が算定されている場合は、精神科を担当する医師に係る加算は算定されていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 健康管理を担当する当該施設の配置医師が１名であり、当該医師が精神科を担当する医師も兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち月４回（１回あたりの勤務時間３～４時間程度）までは加算の算定の基礎としていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者に対して療養指導を行った記録等を残していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15 障害者生活支援体制加算  ★枚方市に届出が必要 | ●　障害者生活支援体制加算（Ⅰ）  下記基準に適合している場合、１日につき　26単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 視覚、聴覚もしくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者である入所者の数が15以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の30以上の施設において、視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者を常勤専従の障害者生活支援員として１名以上（視覚障害者等の数が50を超える施設は、常勤専従の障害者生活支援員を１名以上配置し、かつ障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等の数を50で除した数以上）配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　障害者生活支援体制加算（Ⅱ）  下記基準に適合している場合、１日につき　41単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | 入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上である指定介護老人福祉施設において、障害者生活支援員であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを２名以上（視覚障害者等である入所者の数が50を超える指定介護老人福祉施設にあっては、専らその職務に従事する常勤の障害者生活支援員を２名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を50で除した数に１を加えた数以上）配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 障害者生活支援体制加算（Ⅰ）を算定している場合にあっては、障害者生活支援体制加算（Ⅱ）　は算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「視覚障害者等」については、以下の者となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　視覚障害者  　身体障害者手帳の障害の程度が１級又は2級若しくは、これに準ずる資格障害の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障あると認められる視覚障害を有する者  ・　聴覚障害者  　身体障害者手帳の障害の程度が２級又はこれに準ずる聴覚障害の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる聴覚障害を有する者  ・　言語機能障害者  　身体障害者手帳の障害の程度が３級又はこれに準ずる言語機能障害等の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる言語機能障害を有する者  ・　知的障害者  　「療育手帳制度について」の第３に規定するA（重度）の障害を有する者又は知的障害者福祉法の規定に基づき各都道府県・指定都市が設置する知的障害者更生相談所において障害の程度が重度の障害を有する者  ・　精神障害者  　精神障害者保健福祉手帳の障害等級が１級又は２級に該当する者であって、65歳に達する日の前日までに同手帳の交付を受けた者 | | | |  |  |  |  |  |
|  | 「障害者生活支援員」については、以下の者となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ・視覚障害  　点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者  ・聴覚障害又は言語機能障害  　手話通訳等を行うことができる者  ・知的障害  　知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者  　※知的障害者福祉法に規定する知的障害者福祉司の資格を有する者若しくは、同法第19条第１項に規定する知的障害者援護施設における指導員、看護師等で入所者の処遇実務経験５年以上の者  ・精神障害  　精神保健福祉士又は精神保健福祉法施行令第12条各号に掲げる者 | | | |  |  |  |  |  |
|  | 障害者生活支援員の配置については、それぞれの障害に対応できる専門性を有する者を配置することが望ましいが、例えば、視覚障害に対応できる常勤専従の障害者生活支援員に加えて、聴覚障害、言語機能障害、知的障害及び精神障害に対応できる非常勤職員の配置又は他の職種が兼務すること等により、適切な生活の支援を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 16入院・外泊時の費用 | 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、１月に６日を限度として、所定単位数に代えて１日につき246単位を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入院又は外泊の初日及び最終日は算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入院又はの外泊期間中にそのまま退所した場合は、退所した日についても当該費用を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 外泊期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合は、入院日以降については外泊時の費用は算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の入院又は外泊の期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供する場合、当該入所者から同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入院又は外泊時の費用の算定にあたって、１回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで入院又は外泊時の費用を算定していますか。  例)１月25日入院、３月８日退院･･･所定単位数を算定  　　１月26日～１月31日、２月１日～２月６日･･･１日につき246単位を算定可  　　２月７日～３月７日･･･費用算定不可 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊費も含んでいますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費を算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 「入院」の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供などの業務にあたっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17外泊時在宅サービス利用について | 入所者に対して居宅における外泊を認め、指定地域密着型介護老人福祉施設が居宅サービスを提供する場合は、１月に６日を限度として所定単位数に代えて１日につき560単位を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入院又は外泊の初日及び最終日は算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者又は家族に対し、加算の趣旨を十分説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、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配慮した計画を作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 家族等に対し、次の指導を事前に行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | イ　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ロ　当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ハ　家屋の改善の指導 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ニ　当該入所者の介助方法の指導 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスと提供していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅サービスを行わない場合、当該加算は算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 加算の算定期間は１月につき６日以内としていますか。  ※算定方法は、入院・外泊時の取り扱いと同様としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者の外泊期間中に、そのベッドを短期入所生活介護に活用する場合は、当該利用者の同意を得ていますか。(この場合、入院又は外泊時の費用算定は不可。) | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入院・外泊時の費用を算定する場合は算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 18 初期加算 | 入所した日から起算して30日以内の期間について、１日につき30単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所日から30日間中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、算定していませんか | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者が過去３月間の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定していますか。（ただし、認知症の自立度判定基準によるランクⅢ、Ⅳ又はМに該当する場合は過去１月間） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設の短期入所生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合（短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。）は、入所直前の短期入所生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 30日を超える病院又は診療所への入院後に再び入所した場合、算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 19再入所時栄養連携加算 | 指定地域密着型介護老人福祉施設に入所（以下、一次入所）している者が退所し、病院又は診療所に入院した場合であって当該入所者が退院した後に再度当該施設に入所する際（以下、二次入所。）、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該入所者に関する栄養ケア計画を策定した場合、入所者１人につき１回を限度として400単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型介護老人福祉施設の入所時に経口より食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該指定地域密着型介護老人福祉施設に入所した場合を対象としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理栄養士は当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養マネジメント加算を算定している場合に算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 20 退所時等相談援助加算 | ※「入所期間が１月を超える」とは、民法の規定を準用します。例えば、３月１日入所の１月を超える日とは４月２日以降となる。（以下、特別の規定のない期間計算は同様の取扱いとなる。【介護保険法第201条、民法第138～143条】） | | | | | | | | |
| ア 退所前訪問相談援助加算 | 入所期間が１月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、入所者及び家族等に対して退所後居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行った場合に、入所中１回（入所後早期に退所前相談援助の必要があると認められる入所者の場合は２回）を限度として460単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、退所先が居宅である場合と同様に算定していますか。  ※他の社会福祉施設等とは、病院、診療所及び介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）を含まず、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスを含む。（以下、退所時指導等加算については同様の取扱い） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所後早期に退所に向けた訪問相談援助の必要があると認められる入所者で、２回の訪問相談援助を行う場合には、１回目は退所を念頭においた施設サービス計画の策定に当たって行われるもので、２回目は退所後在宅又は社会福祉施設等における生活に向けた最終調整を目的として行われていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 退所日に算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| イ 退所後訪問相談援助加算 | 入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、入所者及び家族等に対して相談援助を行った場合に、退所後１回を限度として460単位を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整や情報提供を行ったときも、退所先が居宅である場合と同様に加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 訪問日に算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ウ 退所時相談援助加算 | 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、当該入所者の同意を得て、退所の日から２週間以内に当該入所者の退所後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センターに対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、入所者１人につき１回を限度として400単位を加算していますか。  ※入所者に係る居宅サービスに必要な情報提供については、地域包括支援センターに対して行った場合についても算定可。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所やの介護状況を示す文書を添えて情報提供を行ったときも、退所先が居宅である場合と同様に算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所時相談援助の内容には、次の事項が含まれていますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　家屋の改善に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　退所する者の介助方法に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【ア・イ・ウ共通】 | 次の場合には算定していませんか。 | | | | | | | | |
| ①　退所して病院又は診療所へ入院する場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）へ入所又は入院する場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　死亡退所の場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者及びその家族等のいずれにも行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関して記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| エ 退所前連携加算 | 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者１人につき１回を限度として500単位を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅サービス利用の調整を行った結果、入所者及びその家族において最終的に当該サービスを利用しないこととなった場合でも算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算について、次の場合には算定していませんか。 | | | | | | | | |
|  | ①　退所して病院又は診療所へ入院する場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）へ入所又は入院する場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　死亡退所の場合 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所日に算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 連携を行った日及び連携の内容の要点に関して記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者については、最初の在宅期間に移るときにのみ算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 21 栄養マネジメント加算  ★枚方市に届出が必要 | 以下の基準を満たし、管理栄養士が継続的に入所者ごとの栄養管理をした場合に、１日につき14単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 常勤の管理栄養士を１名以上配置していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されている場合は、算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人保健施設の栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定していますか。  ※施設が同一敷地内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人保健施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適正な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定可とする。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | サテライトが施設を有する介護保険施設にあっては、次の取り扱いとしていますか。 | | | | | | | | |
| ①　本体施設に常勤の管理栄養士を１名配置している場合（本体施設の入所者数とサテライト型施設（１施設に限る）の入所者数の合計数に対して配置すべき栄養士の員数が１未満である場合い限る。）であって、当該管理栄養士が当該サテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、当該サテライト施設において算定可としているか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　本体施設に常勤の管理栄養士を２名以上配置している場合であって、当該管理栄養士がサテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、当該サテライト施設（１施設に限る）において算定可としているか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　①又は②を満たす場合であって、同一敷地内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び地域密着型介護老人保健施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適正な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定可としているか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養ケア・マネジメントは入所者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの低栄養状態のリスクを入所時に把握していますか。（以下「栄養スクリーニング」という。） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養スクリーニングの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所者毎の解決すべき課題を把握していますか。（以下「栄養アセスメント」という。） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養アセスメントの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で、当該入所者のリスクに応じて作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理栄養士は、栄養アセスメントを踏まえ、施設長の管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに栄養ケア計画を作成していますか。  ※歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養ケア計画には次の事項等を記載していますか。 | | | | | | | | |
|  | ・　栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養ケア計画の作成に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式となっていますか。  ※地域密着型施設サービス計画に栄養ケア計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 作成した栄養ケア計画については、栄養ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養ケア計画に基づき、入所者ごとに栄養ケア・マネジメントを実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の変更の必要性、関係職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの栄養状態に応じて、定期的に入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養スクリーニング時に把握した入所者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計画に記載していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定期的に行うモニタリングの間隔の設定にあたっては、高リスク者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者（経管栄養法から経口栄養法への変更等）についてはおおむね２週間ごと、中リスク者については、おおむね１月ごと、低リスク者については、おおむね３月ごとに行なっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | モニタリングでは、リスクのレベルに関係なく、低栄養状態の低リスク者も含め、少なくとも月１回は体重測定を行い、当該入所者の栄養状態の把握を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者毎に概ね３ヶ月を目途に、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の算定に当たっては、栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始していますか。  ※一部ユニット型施設・事業所が、ユニット型部分とユニット型以外の部分それぞれ別施設・事業所として指定されることとなった場合について、栄養マネジメント加算を双方の施設で算定することは可能 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 22低栄養リスク改善加算 | 低栄養状態にある入所又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受けた管理栄養士又は栄養士が医師の指導を受けている場合に限る。）が栄養管理を行った場合に、６月以内の期間に限り、１月につき300単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当するものであって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けた者を対象としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算における低栄養状態のリスク評価は「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成17年９月７日老老発第0907002号）に基づき行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 月１回以上医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、入所者の栄養管理するための会議を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとに低栄養状態の改善を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画は、栄養ケア計画と一体のものとして作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画について、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。  ※地域密着型施設サービス計画に当該計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができるものとする。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週５回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の算定期間は、入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して６月以内の期間に限り、それを超えた場合においては原則として当該加算を算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ６月を超えて実施する場合に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね２週間ごとに受けていますか。また、医師の指示は、診療録等に記載されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養マネジメント加算を算定していない場合又は経口移行加算若しくは経口維持加算を算定している場合は、算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 23 経口移行加算 | 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士による栄養管理および言語聴覚士又は看護職員による支援が行われている場合、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、１日につき28単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該栄養管理が必要であるとした医師の指示が、診療録等に記載されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成していますか。  ※地域密着型施設サービス計画に経口移行計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画については、栄養ケア計画と一体のものとして作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり、経管による食事摂取を終了した日までの間とするが、入所者又はその家族の同意を得た日から180日以内となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者又はその家族の同意を得た日から180日を超えて実施する場合、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合は引き続き算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | この場合において、医師の指示はおおむね２週間ごとに受けていますか。また、医師の指示は、診療録等に記載されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 180日を超えて実施する場合に、入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては誤嚥性肺炎の危険も生じうることから次の項目について確認した上で実施していますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。）。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ② 　刺激しなくても覚醒を保っていられること。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　 嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。）。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④ 　咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算を算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 24 経口維持加算 | ●　経口維持加算（Ⅰ）  以下の基準を満たす場合、１月につき400単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、入所者ごとに、経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指示を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を加算していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 多職種協同により実施するための体制が整備されていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象としていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治医の指導を受けていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 月１回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成していますか。  ※地域密着型施設サービス計画に経口維持計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合には、その結果について終了後速やかに情報共有を行っていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 経口維持計画に基づき、栄養管理を実施していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 特別な管理とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮を行っていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理により、当該入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して６月以内の期間に限るものとなっていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して６月を超えて引き続き当該加算を算定する場合は、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして医師又は歯科医師の指示がなされ、特別な管理を継続することについての入所者の同意が得られていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね１週間ごとに受けていますか。また、医師の指示は、診療録等に記載されていますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は、当該加算を算定していませんか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　経口維持加算（Ⅱ）  以下の基準を満たす場合に、１月につき100単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |  | 協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（枚方市条例第47号第12条第2項に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、１月につき所定単位数を加算していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 経口維持加算(Ⅱ)における食事の観察及び会議等の実施に当たっては医師(枚方市条例第47号第12条第2項に規定する医師を除く)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか１名以上が加わり多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との密接な連携等が迅速に行われる体制となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 25 口腔衛生管理体制加算 | 以下の基準を満たし、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に、１月につき30単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | 施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導となっていますか。  ※個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない 。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載していますか。 | | | | | | | | |
|  | ・　当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　当該施設における目標 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　具体的方策 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　留意事項 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　当該施設と歯科医療機関との連携の状況 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　その他必要と思われる事項 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 26 口腔衛生管理加算 | 以下の基準を満たす場合に、１月につき90単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| ①　口腔衛生管理体制加算を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月２回以上行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　歯科衛生士が、①における入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　歯科衛生士が、①における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔ケアを行うにあたり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（口腔衛生管理に関する実施記録）を作成し、当該施設に提供していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が３回以上算定された場合には算定していないか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 27 療養食加算  ★枚方市に届出が必要 | 以下の基準を満たす場合に、１日につき３回を限度して６単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供が行われていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の病状等に応じて、主治の医師により入所者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事箋に基づき、療養食を提供していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該療養食に係る献立表が作成されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該加算の対象となる療養食は、医師の発行する食事箋に基づいて提供される入所者の年齢、病状等に対応した栄養量および内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食）及び特別な場合の検査食となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。 | | | | | | | | |
| ①　心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g未満の減塩食となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ④　胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食についても対象としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　貧血食の対象となる入所者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　高度肥満症（肥満度が+70%以上又はＢＭＩが35以上）に対して食事療法を行う場合に、脂質異常症食に準じて取扱っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　特別な場合の検査食は潜血食としている他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合としていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　脂質異常症食の対象となる入所者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140㎎／dl 以上である者又はHDL-コレステロール値が40㎎／dl 未満若しくは血清中性脂肪値が150㎎／dl 以上となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定する場合、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 28　配置医師緊急時対応加算  ★枚方市に届出が必要 | 指定介護老人福祉施設の配置医師が当該指定地域密着型介護老人福祉施設の求めに応じ、早朝、夜間又は深夜に当該施設を訪問して入所者に対して診察を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合は、診察が行われた時間が早朝又は夜間の場合は１回につき650単位、深夜の場合は１回につき1,300単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定し、定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定していませんか。  ※医師が死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合は、この限りではない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診療を行ったときに限り算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 早朝とは、午前６時から午前８時までとしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 夜間とは、午後６時から午後10時までとしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 深夜とは、午後10時から午前６時までとしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 複数名の配置医師を置いていますか。又は、配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、24時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看護体制加算（Ⅱ）を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 29 看取り介護 加算（Ⅰ）  ★枚方市に届出が必要 | 下記(1)及び（2）の基準に適合し、入所者について看取り介護を行った場合においては、看取り介護加算(1)として死亡日以前４日以上30日以下については１日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については１日につき680単位を、死亡日については１日につき1,280単位を死亡月に加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 看取り介護加算（Ⅱ）  ★枚方市に届出が必要 | 下記の（1）及び(2)の基準に適合し、入所者について看取り介護を行った場合において、当該入所者が当該指定介護老人福祉施設内で死亡した場合に限り、看取り介護加算（Ⅱ）として死亡日以前４日以上30日以下については１日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については１日につき780単位を、死亡日については１日につき1,580単位を死亡月に加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看取り介護加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の死亡場所が当該施設内であった場合に限り、算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、24時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【共通】 | (1)入所者は下記のいずれにも適合していますか。 | | | | | | | | |
|  | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であるか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | その診断について、診療録に記載されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した入所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、同意している者を含む。）ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所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。）ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | (2)下記の基準を満たしていますか。 | | | | | | | | |
|  | 常勤の看護師を １名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、 24 時間の連絡体制を確保していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 24時間連絡できる体制とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制であり、具体的には以下の体制となっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①②の内容が周知されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継ぎを行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針定められていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該指針には以下の項目が盛り込まれていますか。 | | | | | | | | |
|  | ・　当該施設の看取りに関する考え方 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | * 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む） | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　入所者等への情報提供及び意思確認の方法 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　家族への心理的支援に関する考え方 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該指定地域密着型介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看取りに関する職員研修を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行っていますか。  ※多床室を有する施設にあっては、看取りを行う際には個室又は静養室の利用により、プライバシー及び家族への配慮の確保が可能となるようにすることが必要。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者等とともに、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、入所者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、入所者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者に提供する看取り介護の質を向上させていくため、下記の計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　看取り介護に関する指針を定めることで施設の看取りに対する方針を明らかにしていますか（Plan）。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　看取り介護の実施に当たっては、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、入所者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援を行っていますか（Do）。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行っていますか（Check）。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　看取りに関する指針の内容そのた看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行っていますか（Action）。  なお、施設は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに入所者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 施設は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、入所者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 下記に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　療養や死別に関する入所者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・　看取り介護の各プロセスにおいて把握した入所者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載していますか。  ※本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能。この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておくことが必要。  ※家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、一度連絡を取って来てくれなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 死亡日以前30日を上限として、所定単位数を死亡月にまとめて算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しないようにしていますか。  ※死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ転院したりした後、在宅や転院先で死亡した場合でも算定可だが、退所した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合、当該加算は死亡月にまとめて請求されることから、施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所後も継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行っていますか。  ※入所者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が施設に対して本人の状態を伝えることについて、施設退所等の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であるとき、当該入院又は外泊期間を除いた期間について算定していますか。  ※入院若しくは外泊又は退所の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 30 在宅復帰支援機能加算 | 以下の基準に適合する場合、１日につき10単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 算定日が属する月の前６月間において、当該施設から退所した者（在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く。）の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者（入所期間が１月間を超えていた者に限る。）の占める割合が２割を超えていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所者の退所した日から30日以内に、居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が１月以上継続する見込みであることを確認し、記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の家族との連絡調整を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及び家族に対して下記に掲げる支援をしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　退所後の居宅サービスその他の保険医療サービス又は福祉サービスについて次の相談援助を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | イ　食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ロ　退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ハ　家屋の改善に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ニ　退所する者の介助方法に関する相談援助 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　必要に応じて、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の算定を行う場合には、その算定根拠となる関係書類を整備していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 31 在宅・入所相互利用加算 | 在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び３月以内の入所期間を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者に対して、以下の基準に適合している場合、１日につき40単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
| 対象者は、在宅生活を継続する観点からの複数の者であらかじめ在宅期間及び、３月以内の入所期間を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 在宅期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方が合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族などに対し当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 在宅・入所相互利用を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間については３月を限度とする）について、文書による同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームを作っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該支援チームは、必要に応じ随時（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、概ね１月に１回）カンファレンスを開いていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| カンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 32 認知症専門　　ケア加算  ★枚方市に届出が必要 | ●　認知症専門ケア加算（Ⅰ）  以下の基準を満たし、専門的な認知症ケアを行った場合、１日につき３単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | 入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められる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以上ですか。  ※「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指す。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者との数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加え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ますか。  ※　認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」を指す。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　認知症専門ケア加算（Ⅱ）  以下の基準を満たし、専門的な認知症ケアを行った場合、１日につき４単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |
|  |  | 入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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以上ですか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者との数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加え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ますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 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の基準に加え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ますか。  ※加算対象となる者が10 名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が１名配置されていれば認知症専門ケア加算Ⅱを算定できる。  ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」を指す。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 当該施設における介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 33 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、指定地域密着型介護福祉施設サービスを行った場合に、入所した日から起算して７日を限度として、１日につき200単位を加算していますか。  ※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の 障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に地域密着型介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らっていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた地域密着型施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定していないか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ａ　病院又は診療所に入院中の者 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ｂ　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ｃ　短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。  ※判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者が入所前１月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去１月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 34 褥瘡マネジメント加算  ★枚方市に届出が必要 | 下記の基準に適合し、断続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合、３月１回を限度として10単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その結果を厚生労働大臣に報告していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 厚生労働大臣への報告は、当該評価結果を、介護給付費請求書等の記載要綱に従って、褥瘡マネジメント加算の介護給付費明細書の給付費明細の適用欄に記載することによって、行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 報告する評価結果は、施設入所時においては、施設入所後最初（既入所者については届出の日に最も近い日）に評価した結果、それ以外の場合については、当該加算を算定する月に評価した結果のうち最も末日に近いものとしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 上記の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、作成していますか。  ※褥瘡ケア計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとする。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア・マネジメントについては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 35 排せつ支援加算 | 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、指定介護老人福祉施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき100単位を加算していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定していませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　当該加算は全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行って排せつの状態を改善していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成27年４月改訂」」の方法を用いて、排尿または排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価される者ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が６月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれる状態ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　④の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師に報告していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　医師と連携した看護師が④の見込みの判断を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を作成していますか。  ※支援計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとする。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加えていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないようにしていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　支援において入所者の尊厳が十分保持されていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑪　当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、④の見込みの内容、⑥の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行っていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑫　当該加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、④における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑬　記録した内容を入所者又はその家族に説明していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 36サービス提供体制強化加算  ★枚方市に届出が必要 | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき18単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  | (1)　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以上であるか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者を対象とする。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3)　定員超過利用・人員基準欠如に該当していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき12単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |  | (1)　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以上であるか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者を対象とする。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3)　定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |  | (1)　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以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を加算していますか。 | | | | | | | | |
|  |  | | | (1)　指定地域密着型介護福祉施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が100分の30以上であるか。  ※指定地域密着型介護福祉施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。  ※勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。  ※勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。  また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | | ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | | | (3)　定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【共通】 | 本体施設と併設の短期入所生活介護を兼務している職員については勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設と短期入所生活介護に割り振った上で本体施設と短期入所生活介護それぞれについて割合を算出し加算の算定の可否を判断していますか。  ※大多数の職員が特養と併設短期入所生活介護を均等に兼務しているような場合は、本体施設と短期入所生活介護で一体的に算出した職員の割合を、本体施設と短期入所生活介護の両方について用いても差し支えない。  ※実態として本体施設のみに勤務している職員を本体施設のみでカウントすることは差し支えないが、実態として本体施設と短期入所生活介護を兼務している職員を本体施設か短期入所生活介護いずれか一方のみにおいてカウントするなど、勤務実態と乖離した処理を行うことは認められない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |
|  |
| 37 介護職員処遇改善加算  ★枚方市に届出が必要 | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　1000分の83に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑦⑨いずれにも適合する場合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）　1000分の60に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥⑧⑨いずれにも適合する場合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　1000分の33に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥かつ⑩⑪いずれにも適合する場合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　（Ⅲ）により算定した単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥かつ⑩又は⑪に掲げる基準に適合する場合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）　（Ⅲ）により算定した単位数の100分の80に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥に掲げる基準に適合する場合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①介護職員の賃金（退職金を除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を算定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②当該施設において、①の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施機関及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、枚方市長に届け出ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を枚方市長に届け出ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法律に違反し、罰金以上の刑に処されていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において、労働保険料の納付が適正に行われていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　次のいずれにも適合していますか。  a）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。  b)aの要件について書面をもって作成し、全ての職員に周知していること。  c）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  d)cの要件について全ての介護職員に周知していること。  e)介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設けていること。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　次のいずれにも適合していますか。  a）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。  b)aの要件について書面をもって作成し、全ての職員に周知していること。  c）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  d)cの要件について全ての介護職員に周知していること。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨平成27年４月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　次のⅰ・ⅱのいずれかの基準に適合していますか。  ⅰ）次に掲げる要件の全てに適合していますか。  a）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。  b)aの要件について書面をもって作成し、全ての職員に周知していること。  ⅱ）次に掲げる要件の全てに適合していますか。  a）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  b)aの要件について全ての介護職員に周知 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑪平成20年10月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 38 介護職員等特定処遇改善加算  ★枚方市に届出が必要 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)　1000分の27に相当する単位数を加算していますか。  【下の基準①から⑫いずれにも適合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)　1000分の23に相当する単位数を加算していますか。  【下の基準①から⑫（⑨を除く）いずれにも適合】 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定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ますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　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（経験・技能のある介護職員）のうち１人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上ですか。  ただし、介護職員等特定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。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　経験技能の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均の２倍以上ですか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の２倍以上ですか。  ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合はその限りではない。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていませんか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　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当該施設の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画を作成し、全ての職員に周知し、所轄庁に届け出ていますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善加算に関する実績を所轄庁に報告していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ又は日常生活継続支援加算を算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑪　平成20年10月から⑥の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑫　⑪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ますか。 | | | | □ | □ | □ | □ | □ |

併設（介護予防）短期入所生活介護

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| 第１ 基本方針 (短期入所生活介護：**従来型**) | 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （介護予防短期入所生活介護） | その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （介護予防短期入所生活介護） | 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |

第２人員に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １ 医　師 | １人以上となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| (本体施設と兼務可) |
| ２ 生活相談員 (本体施設と兼務可) | 常勤換算方法で、利用者の数が100 又はその端数を増すごとに１人以上配置していますか。  ※　指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者と当該事業所の利用者の数とを合算した数について、常勤換算してください。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 社会福祉法第19条にいう社会福祉主事の資格を有する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者（介護福祉士又は介護支援専門員）となっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用定員が20名以上の場合、常勤をそれぞれ１人以上配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ３ 介護職員又は看護職員  (本体施設と兼務可) | 介護職員及び看護職員の総数は常勤換算方法で利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上配置していますか。  ※指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者と当該事業所の利用者の数とを合算した数について、常勤換算してください。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 看護職員は利用定員が20名以上の場合、常勤をそれぞれ１人配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ４ 栄養士 (本体施設と兼務可) | １人以上配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５ 機能訓練 (本体施設と兼務可) | １人以上配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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の資格を有する者(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。)となっていますか。  ※・日常生活費、レクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導は当該事業所の生活相談員又は介護職員の兼務可能。  ・看護職員が機能訓練指導員を当該事業所で兼務を行う場合、看護職員の配置基準を満たすと同時に、当該機能訓練指導員の勤務時間の全体を看護職員に係る勤務時間として算入できる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６ 利用者の数 | 従業者の員数算定のための利用者数 | | | | | |
| ・前年度の平均値としていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ・新規指定は適正な推定数により算定していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７ 管理者 | 事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。ただし、指定短期入所生活介護事業所の管理上支障がない場合は当該指定短期入所生活介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |

第３ 設備に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　　　　　容 | できている | 一部できている | できていない | 分からない | 該当無 |
|  | 当該事業所の本体施設である介護保険法に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設として必要とされる設備を有していますか。また、併設短期入所生活介護（一体的に運営される併設介護予防短期入所生活介護を含む）の事業の場合、専用の居室を設けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |

第４　運営に関する基準（※介護予防短期入所生活介護含む）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １ 内容及び手続きの説明及び同意 | サービス提供開始前に、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を受けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には利用者の署名・捺印を受けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 | | | | | |
|  | |  |  | | --- | --- | | 事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先等） | 有・無 | | 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービス内容及び提供方法など） | 有・無 | | 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有・無 | | 指定短期入所生活介護の内容及び利用料　その他費用の額  （基本サービス費・加算関係・その他の費用等） | 有・無 | | 利用料の請求及び支払方法について等 | 有・無 | | 協力病院・協力歯科 | 有・無 | | サービス利用に当たっての留意事項 | 有・無 | | 衛生管理について | 有・無 | | 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について | 有・無 | | 緊急時の対応方法及び連絡先 | 有・無 | | 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む。） | 有・無 | | 非常災害対策について | 有・無 | | 高齢者の虐待防止に関する項目 | 有・無 | | 身体拘束の原則禁止について | 有・無 | | 苦情処理の体制及び手順、苦情相談窓口の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など） | 有・無 | | サービス提供の記録 | 有・無 | | 地域との連携について | 有・無 | | サービスの第三者評価の実施の有無（※必須） | 有・無 | | サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額の目安など） | 有・無 | | 事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄 | 有・無 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | サービスの提供開始について、入居者と契約書を交わしていますか。  ・　契約の内容は、不当に入居者の権利を侵害若しくは制限するものとなっていないか  ・　契約書には少なくとも、介護サービスの内容及び利用料その他費用の額、契約解除の条件を記載していますか。  ・　契約書への署名押印等は、次のとおりとしていますか。  　　事業者側：法人所在地・法人名称・法人代表者を記載の上、法人代表者印を押印していますか。  　　利用者側：利用者又は法定代理人の住所・氏名を記載の上、押印していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２ 指定短期入所生活介護の開始及び終了 | 利用者の心身の状況により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に、短期入所生活介護を提供していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、指定短期入所生活介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ３ 提供拒否の 禁止 | 正当な理由なく指定短期入所生活介護の提供を拒んでいませんか。  ※正当とならない事例→要介護度、所得の多寡。ＭＲＳＡ、Ｂ型肝炎等  ※拒否した事例及びその理由を記載してください。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ４ サービス提供困難時の対応 | 当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切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、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定短期入所生活介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５ 受給資格等の確認 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６ 要介護認定等の申請に係る援助 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７ 心身の状況等の把握 | 当該サービスの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 | 利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定短期入所生活介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ９ 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 | 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定短期入所生活介護を提供していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10 サービスの提供の記録 | 指定短期入所生活介護を提供した際には、提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準じる書面に記載していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 指定短期入所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、利用者の心身の状況、その他必要な事項を記録するとともに、利用者から申出があった場合には、文書の交付その他の適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11 利用料等の受領 | 法定代理受領サービスに該当する指定短期入所生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用料について法定代理受領サービスに該当しない指定短期入所生活介護を提供した際にその利用者から支払いを受ける利用料の額と、指定短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護保険給付費の対象となる指定短期入所生活介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をしていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　利用者に当該事業が指定短期入所生活介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定短期入所生活介護事業所の運営規定と別に定めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　会計が指定短期入所生活介護の事業の会計と区分されていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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受けていませんか。  （１）　食事の提供に要する費用  （２）　滞在に要する費用  （３）　厚生労働大臣の定める基準に基づき、利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用  （４）　厚生労働大臣の定める基準に基づき、利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用  （５）　送迎に要する費用  （６）　理美容代  （７）　指定（介護予防）短期入所生活介護において供与される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であってその利用者に負担させることが適当と認められるもの | □ | □ | □ | □ | □ |
| （特別な居室料） | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （特別な食事料） | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （滞在費及び食費） | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項（居住費は滞在費と読替え）と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費） | 当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複関係がありませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目によるものではなく、費用の内訳を明らかにしていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、入所者又はその家族の自由な選択に基づいて行われるものであり、入所者又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、運営規程に可能な限り具体的な額を定め、施設の見やすい場所に掲示されていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の具体的な範囲は、以下のとおりとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・入所者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  (一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品で、入所者の希望を確認して提供されるものであり、入所者に対し、一律に提供し画一的に徴収することは認められない。) |  |  |  |  |  |
|  | ・入所者の希望によって、教養娯楽費として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  (サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定され、利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用を当該費用として徴収することは認められない。) |  |  |  |  |  |
| （領収書） | 当該事業所の本体施設である指定介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 保険給付対象額のうち、医療費控除の対象額となる額を明示して記載していますか。  平成12年６月12日厚労省事務連絡「介護保険制度下での介護サービスの対価に係る医療費控除の取り扱いに係る留意点について」参照 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12 保険給付の請求のための証明書の交付 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13 指定短期入所生活介護の取扱方針**(従来型)** | 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 利用者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、利用者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、利用者の日常生活を支援するものとして行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 各ユニットにおいて利用者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるように配慮して行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用者のプライバシーの確保に配慮して、サービスが行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 指定短期入所生活介護が、利用者の自立した生活を支援することを基本として、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、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **（共通）** | 利用者又はその家族に対しサービスの提供方法等（指定短期入所生活介護計画の目標、内容、行事、日課等を含む）について、理解しやすいように説明を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、短期入所生活介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行っていますか。  ※　「相当期間以上」とは、概ね４日以上連続して利用する場合をいう。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　また、相当期間未満（概ね４日未満）の利用であっても居宅介護支援事業者等と連携し、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の短期入所生活介護計画を作成した利用者に準じ、必要な介護及び機能訓練等の援助を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 指定短期入所生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （身体拘束の原則禁止） | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14 短期入所生活介護計画の作成 | 管理者は、相当期間（概ね４日）以上にわたり継続して入所することが予定されている利用者について、心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえて、指定短期入所生活介護の提供の開始前から終了後に至るまでのサービスの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して、他の従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所生活介護計画を作成していますか。  ※計画については、介護の提供に係る計画等の作成に経験のある者や介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者又は介護支援専門員の資格を有する者がいる場合はその者にとりまとめを行わせることが望ましい。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 短期入所生活介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 短期入所生活介護計画を作成した際には、当該計画を利用者又は家族に交付していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15　介護予防短期入所生活介護の基本取扱方針 | 指定介護予防短期入所生活介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 自らその提供する指定介護予防短期入所生活介護の質の評価を行うとともに、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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、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の提供に当たっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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な方法によるサービスの提供に努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 16　介護予防短期入所生活介護の具体的取扱方針 | 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとしていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防短期入所生活介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行うための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防短期入所生活介護計画を作成していますか。  ※　「相当期間以上」とは、概ね４日以上連続して利用する場合をいう。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「相当期間未満(４日未満)」の利用者にあっても、担当する介護予防支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の介護予防短期入所生活介護計画を作成した利用者に準じて、必要な介護及び機能訓練等の支援を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護予防短期入所生活介護計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、介護予防短期入所生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、介護予防短期入所生活介護計画を作成した際には、当該介護予防短期入所生活介護計画を利用者に交付していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護予防短期入所生活介護計画が作成されている場合には、当該計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対して、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17 介護 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 18食事の提供 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 19 機能訓練 | ①　利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 機能訓練室での訓練以外の訓練についても十分配慮されていますか。  （日常生活での機能訓練、レクリエーション、行事の実施等） | □ | □ | □ | □ | □ |
| 20 健康管理 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 21 相談及び援助 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 22 その他のサービスの提供  **(従来型)** | 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜レクリエーション行事を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、利用者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **(共通)** | 常に利用者の家族との連携を図るよう努めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 23 利用者に関する市町村への通知 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 24 緊急時等の対応 | 従業者は、現に指定短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。  措置の具体的な内容： | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急時において円滑な協力を得るため、当該協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めていますか。  ※　協力医療機関は、緊急時等に速やかに対応できるよう事業所から近距離にあることが望ましい。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 25 管理者の責務 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 26 運営規程 | 運営規程は事業所ごとに作成されていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 以下の内容が適切に規定されていますか。 | | | | | |
| ・事業所の目的及び運営方針　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・従業者の職種、員数及び職務の内容　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・利用定員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・指定短期入所生活介護の内容　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・利用料その他の費用の額　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・通所の送迎の実施地域　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・サービス利用に当たっての留意事項　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・緊急時等における対応方法　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・非常災害対策　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・その他運営に関する重要事項　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ※「その他運営に関する重要事項」について、やむを得ず身体的拘束等を行う際の手続きについて定めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 27 勤務体制の確保等 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 28 定員の遵守 | 次に掲げる利用者以上の利用者に対して同時に指定短期入所者生活介護を行っていませんか。 | | | | | |
|  | ①　空床利用型にあっては、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入所定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　併設型にあっては、利用定員及び居室の定員を超えることとなる利用者数 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ■緊急その他のやむを得ない事情による定員超過がある場合は、その理由及び入所者数（記入日現在）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者の数を超えて居室以外の静養室において指定短期入所生活介護を行う場合、下記の要件に適応していますか。 | | | | | |
|  | 利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者ですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅サービス計画に位置付けられていない指定短期入所生活介護を提供する場合ですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないと認められますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ※あくまでも、緊急の必要がある場合にのみ認められるものであり、当該利用者に対する指定短期入所生活介護の提供は７日（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度に行う。 |  |  |  |  |  |
|  | ※指定短期入所生活介護事業所の利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は、利用定員が40人未満である場合は１人、利用定員が40人以上である場合は２人まで認められるものであり、定員超過利用による減算の対象とはならない。 |  |  |  |  |  |
| 29 地域等との連携 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 30 非常災害対策 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 31 衛生管理等 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 32 掲　示 | 以下の事項を、当該事業所の見やすい場所（受付や病棟ごと）に掲示していますか。 | | | | | |
|  | ①運営規程の概要  ②従業者の勤務体制  ③利用料及びその他の費用  ④食事の週間メニュー  ⑤その他のサービスの選択に関する重要事項  　※主な事項を記載 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 33 秘密保持等 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 34 広　告 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 35 居宅介護支援 事業者に対する利益供与の禁止 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 36 苦情処理 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 37 事故発生時の対応 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 38 会計の区分 | 当該サービス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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 39 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 記録者は特定できますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 各記録が鉛筆書きではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものとしていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用者に対する当該サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、当該サービス提供の日から５年間保存していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　短期入所生活介護計画 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　提供した具体的なサービスの内容等の記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　緊急やむを得ない場合に起こった身体的拘束等に関する記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ④　市町村への通知に係る記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑤　苦情の内容の記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 40　指定の変更 | 運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。  ※変更した日から10日以内に提出すること。  具体的な事項： | □ | □ | □ | □ | □ |
| 41　高齢者虐待の防止 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |

第５　介護給付費の算定及び取扱い

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １ 基本的事項  （端数処理） | 単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定される単位数から金額に換算する際に生ずる１円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |
| (利用の日数の数え方等) | 利用の日数については、利用の開始日及び終了日の両方を含めて、短期入所生活介護費を算定していますか。  ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該事業所と短期入所療養介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合、当該事業所へ利用を開始した日は利用の日数に含め、終了した日は利用の日数に含めずに、短期入所生活介護費を算定していますか。 | |  |  |  |  |  |
| ①　当該事業所と介護保険施設等が同一敷地内にある場合 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　当該事業所と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合  ※　引き続き併設する指定地域密着型介護老人福祉施設に入所するような場合 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該事業所の利用者が、当該事業所と次の位置関係にある病院又は診療所の医療保険適用病床（以下「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。）へ入院した場合、当該事業所における利用の開始日及び終了日は利用の日数に含めずに、短期入所生活介護費を算定していますか。 | |  |  |  |  |  |
| ①　当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　当該施設と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２ 短期入所生活介護費  (経過措置等) | 居室の区分に応じて所定単位数を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 従来型個室において、次の事項に該当する場合は、多床室の所定単位数を算定していますか。 | | | | | | |
| ①　感染症等により、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　居室の面積が10.65平方メートル以下に適合する従来型個室に入所する者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した者  ※医師の判断が明確でないものは対象とならない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （夜勤職員） | 夜間勤務職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100 分の97に相当する単位数としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （定員超過） | 当該事業所の利用者数が利用定員を超過した場合は、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所生活介護費を所定単位数の100分の70に相当する単位数としていますか。  ・次の場合は、利用定員に100 分の105 を乗じて得た数（利用定員が40人を超える場合にあっては、利用定員に２を加えて得た数）までは減算が行われない。  ○老人福祉法第10条の４第１項第３号の規定による市町村が行った措置（又は同法第11条第１項第２号の規定による市町村が行った措置（特別養護老人ホームの空床利用の場合のみ））による入所によりやむを得ず利用定員を超える場合  ※　ただし、この取扱いはあくまでも一時的かつ特例的なものであることから速やかに定員超過利用を解消する必要がある。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設において人員欠如となっている場合には、当該事業所の利用者に対しても、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所生活介護費を所定単位数の100分の70に相当する単位数としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 併設事業所における所定単位数の算定（職員の配置数の算定）並びに人員基準欠如・夜勤を行う職員数による所定単位数の減算については、本体施設と一体的に行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 併設事業所における看護職員配置について、必要な看護職員の数の算定根拠となる「入所者数」は、指定地域密着型介護老人福祉施設と併設する短期入所生活介護事業所のそれぞれについて区分して行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【ユニット型】 | 指定地域密着型介護老人福祉施設のユニット数と短期入所生活介護のユニット数を合算した上で、夜勤職員の配置数を算出していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （長期利用者に対する減算） | 連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合は、１日につき30単位を所定単位数から減算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続30日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続30日を超えた日から減算を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ３ ユニットケア体制 | ユニット型指定短期入所生活介護において、施設基準を満たさない場合、１日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【予防も同様】 | 日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。  ※減算については、ある月（歴月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算される。  （ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。） | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ４　特定入所者介護サービス費  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における当該費用（居住費を滞在費と読替え、外泊に係る取扱いを除く）と同様に請求していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５　生活相談員配置等加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 併設型短期入所生活介護において、次に掲げる基準を満たしている場合、生活相談員配置加算として１日につき13単位を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 生活相談員を常勤換算方法で１名以上配置していますか。  共生型短期入所生活介護の指定を受ける障害福祉制度における指定短期入所事業所に配置している※従業者の中に、既に生活相談員の要件を満たす者がいる場合には、新たに配置する必要はなく、兼務しても差し支えない。  ※１週間のうち特定の曜日だけ生活相談員を配置している場合は、その曜日のみ加算の対象となる。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 地域に貢献する活動を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場（開放スペースや保育園等とうの交流会など）の提供」「認知症カフェ・食堂等の設置」「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」「地域のボランティアの受入や活動（保育所等における清掃活動等）の実施」「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参画」「地域住民への健康相談教室・研修会」など地域や多世代との関わりを持つためのものとするよう努めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 共生型短期入所生活介護の指定を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６　生活機能向上連携加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 下記の基準に適合し、外部との連携により、利用者の身体の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、１月につき200単位を所定単位数に加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 個別機能訓練加算を算定している場合は、１月につき100単位を所定単位数に加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下、「理学療法士等」）が、当該指定短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同してアセスメント（利用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。）及び利用者の身体の状況等の評価をした上で、個別機能訓練計画を作成していますか。  ※　医療提供施設が病院である場合は、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。  ※　この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院であること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員等は、理学療法士等から、日常生活上の留意点、介護の工夫に関する助言を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容が記載されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練計画の目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえて策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としていますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。  ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、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て機能訓練の内容（評価を含む。）と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容等の見直し等を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７　機能訓練指導員加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 常勤専従の機能訓練指導員（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、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（入所者数が100 を超える施設は、常勤専従の理学療法士等を１名以上配置し、かつ、理学療法士等を常勤換算方式で入所者数を100 で除した数以上）配置している場合、１日につき12単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８　個別機能訓練加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 個別機能訓練加算として、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合、１日につき56単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を１名以上配置していますか。  ※例えば１週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。ただし、理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。  ※短期入所生活介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、短期入所生活介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、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ますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、多職種共同で個別機能訓練計画を作成し、その後３月ごとに１回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）と進捗状況等を説明し、記録するとともに計画内容の見直し等を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を記載し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握し、日常生活の維持・向上に関する目標を設定のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 目標については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された５人程度以下の小集団（個別対応含む。）に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、おおむね週１回以上実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員の加算を算定している場合であっても、別途個別機能訓練加算に係る訓練を実施した場合は、同一日であっても当該加算の算定は可能だが、この場合、機能訓練指導員の加算に係る常勤専従の機能訓練指導員とは別に個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員を配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 心身機能への働きかけだけでなく、ADL（食事、排泄、入浴等）やIADL（調理、洗濯、掃除等）などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加といった生活機能にバランスよく働きかけるものとなっていますか。  当該加算の目的・趣旨に沿った目標設定や実施内容等の項目等については、「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成27年3月27日老振発第0327第2号）を参照すること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ９　看護体制加算  ★枚方市に届出が必要 | ●　看護体制加算（Ⅰ）  下記基準に適合している場合、１日につき４単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 常勤の看護師を １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　看護体制加算（Ⅱ）  下記基準に適合している場合、１日につき８単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 看護職員数が、常勤換算方法で利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、 24 時間の連絡体制を確保していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関す取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①及び②の内容が周知されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　事業所の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やＦＡＸ等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　看護体制加算（Ⅲ）イ  下記の基準に適合している場合、1日につき12単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 利用定員が29人以下ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定短期入所生活介護事業所における算定日が属する年度の前年度（３月を除く。）又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護３、要介護４又は要介護５である者の占める割合が100分の70以上ですか。  ※利用実人員数は利用者延人員数を用いて算定し、要支援者に関しては人員数に含めないこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については前年度の実績による加算の届出をしていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | その割合については毎月ごとに記録し、所定の割合を下回った場合については直ちに加算の取り下げを届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 常勤の看護師を １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過、人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　看護体制加算（Ⅲ）ロ  下記の基準に適合している場合、1日につき６単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 利用定員が30人以上50人以下ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 指定短期入所生活介護事業所における算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護３、要介護４又は要介護５である者の占める割合が100分の70以上ですか。  ※利用実人員数は利用者延人員を用いて算定し、要支援者に関しては人員数に含めないこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については前年度の実績による加算の届出をしていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | その割合については毎月ごとに記録し、所定の割合を下回った場合については直ちに加算の取り下げを届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 常勤の看護師を １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　看護体制加算（Ⅳ）イ  下記の基準に適合している場合、1日につき23単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 看護職員を常勤換算方法で利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、 24 時間の連絡体制を確保していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関す取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①及び②の内容が周知されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　事業所の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用定員が29人以下ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定短期入所生活介護事業所における算定日が属する年度の前年度（３月を除く。）又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護３、要介護４又は要介護５である者の占める割合が100分の70以上ですか。  ※利用実人員数は利用者延人員数を用いて算定し、要支援者に関しては人員数に含めないこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については前年度の実績による加算の届出をしていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | その割合については毎月ごとに記録し、所定の割合を下回った場合については直ちに加算の取り下げを届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　看護体制加算（Ⅳ）ロ  下記の基準に適合している場合、1日につき13単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 看護職員を常勤換算方法で利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに １ 名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、 24 時間の連絡体制を確保していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関す取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①及び②の内容が周知されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　事業所の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やＦＡＸ等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用定員が30人以上50人以下ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指定短期入所生活介護事業所における算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護３、要介護４又は要介護５である者の占める割合が100分の70以上ですか。  ※利用者実人員数は利用者延人員数を算定し、要支援者に関しては人員数に含めないこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については前年度の実績による加算の届出をしていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | その割合については毎月ごとに記録し、所定の割合を下回った場合については直ちに加算の取り下げを届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 【併設型】  指定地域密着型介護老人福祉施設と併設している場合は、本体施設における看護職員の配置とは別に、必要な看護職員を配置していますか。  ※　看護体制加算（Ⅰ）（Ⅲ）については、本体施設における看護師の配置にかかわらず、指定短期入所生活介護事業所として別に１名以上の常勤の看護師の配置を行った場合に算定可。  　　看護体制加算（Ⅱ）（Ⅳ）については、本体施設における看護職員の配置にかかわらず、看護職員の指定短期入所生活介護事業所における勤務時間を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除した数が25又はその端数を増すごとに１以上となる場合に算定可。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 【空床型】  空床を利用して指定短期入所生活介護を行っている場合にあっては、指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者と指定短期入所生活介護の利用者の合算したものを「入所者」として取り扱い、一体的に加算を行っていますか。  ※　看護体制加算（Ⅰ）（Ⅲ）については、本体施設に常勤の看護師を１名配置している場合は、空床利用の指定短期入所生活介護についても、算定可。  　　看護体制加算（Ⅱ）（Ⅳ）については、指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者数と空床利用の指定短期入所生活介護の利用者数を合算した数が25又はその端数を増すごとに１以上、かつ、当該合算した数を指定地域密着型介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要となる看護職員の数に１を加えた数以上の看護職員を配置している場合に算定可。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 看護体制加算（Ⅰ）若しくは（Ⅲ）及び看護体制加算（Ⅱ）若しくは（Ⅳ）を同時に算定する場合にあっては、看護体制加算（Ⅰ）若しくは（Ⅲ）において加算の対象となる常勤の看護師についても、看護体制加算（Ⅱ）若しくは（Ⅳ）における看護職員の配置数の計算に含めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10　医療連携強化加算  ★枚方市に届出が必要 | 以下に定める状態にあるものに対して指定短期入所生活介護を行った場合、１日につき58単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 在宅中重度者受入加算を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 看護体制加算(Ⅱ)又は（Ⅳ）を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 看護職員による定期的な巡視は、急変の予測や早期発見等のために行うものであり、おおむね１日３回以上の頻度で当該利用者のもとを訪れてバイタルサインや状態変化の有無を確認するものですか。  ※巡視の頻度については、利用者の状態に応じて適宜増加させるべきものであること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該取り決めの内容については、指定短期入所生活介護の提供開始時に利用者に説明し、主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変が生じた場合の対応について同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該同意については、文書で記録していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 以下の状態の利用者に算定していますか。 | | | | | | |
|  | イ　喀痰吸引を実施している状態  ※指定短期入所生活介護の利用中に喀痰吸引を要する状態であり、実際に喀痰吸引を実施したものであること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ロ　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態  ※当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ハ　中心静脈注射を実施している状態  ※中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ニ　人工腎臓を実施している状態  ※当該月において人工腎臓を実施しているものであること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ホ　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態  ※重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90％以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| へ　人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態  ※当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ト　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態  ※経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| チ　褥瘡に対する治療を実施している状態  ※　以下の分類で第2度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。 第１度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない） 第２度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの） 第３度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある 第４度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している | | □ | □ | □ | □ | □ |
| リ　気管切開が行われている状態  ※　気管切開が行われている利用者について、気管切開に係るケアを行った場合に算定できるものであること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11夜勤職員配置加算  ★枚方市に届出が必要 | ●　夜勤職員配置加算（Ⅰ）  下記基準に適合している場合、１日につき13単位を加算していますか。 | | | | | | |
| （1）短期入所生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （2）指定短期入所生活介護の利用者数と本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設の入所者数を合算した人数を指定地域密着型介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要となる夜勤職員の数を１以上上回って配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 下記の要件のいずれにも適合している場合は、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、当該短期入所生活介護事業所の利用者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　見守り機器は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、利用者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ④　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会は、３月に1回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　夜勤職員配置加算（Ⅱ）  下記基準に適合している場合、１日につき18単位を加算していますか。 | | | | | | |
| （1）ユニット型短期入所生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （2）夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を配置し、ユニット部分全体に対し１人以上増配していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 下記の要件のいずれにも適合している場合は、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、当該短期入所生活介護事業所の利用者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　見守り機器は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、利用者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会は、３月に1回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　夜勤職員配置加算（Ⅲ）  下記基準に適合している場合、１日につき13単位を加算していますか。 | | | | | | |
| （1）短期入所生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （2）指定短期入所生活介護の利用者数と本体施設である指定介護老人福祉施設の入所者数を合算した人数を指定介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要となる夜勤職員の数を１以上上回って配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 下記の要件のいずれにも適合している場合は、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数以上であるか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、当該短期入所生活介護事業所の利用者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　見守り機器は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、利用者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会は、３月に1回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （3）　夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　介護福祉士であって、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる下記の行為のうちいずれかの行為に係る実地研修を終了している者  （たん吸引）  □　口腔内　　　□鼻腔内　　　□気管カニューレ内  （経管栄養）  □　胃ろう又は腸ろう　　　□　経鼻経管栄養 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　特定登録者であって、特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　新特定登録者であって、新特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従事者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （4）①～③に該当する職員を配置する場合にあっては喀痰吸引業務の登録を、④に該当する職員を配置する場合にあっては特定行為業務の登録を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　夜勤職員配置加算（Ⅳ）  下記基準に適合している場合、１日につき18単位を加算していますか。 | | | | | | |
| （1）ユニット型短期入所生活介護費を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| （2）夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を配置し、ユニット部分全体に対し１人以上増配しているか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 下記の要件のいずれにも適合している場合は、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　利用者の動向を検知できる見守り機器を、当該短期入所生活介護事業所の利用者の数の100分の15以上設置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　見守り機器は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、利用者の見守りに資するものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会は、３月に1回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （3）　夜勤時間帯を通じて、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を一人以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　介護福祉士であって、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる下記の行為のうちいずれかの行為に係る実地研修を終了している者  （たん吸引）  □　口腔内　　　□鼻腔内　　　□気管カニューレ内  （経管栄養）  □　胃ろう又は腸ろう　　　□　経鼻経管栄養 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　特定登録者であって、特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　新特定登録者であって、新特定登録証の交付を受けている者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　社会福祉士及び介護福祉士法に規定する認定特定行為業務従事者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （4）①～③に該当する職員を配置する場合にあっては喀痰吸引業務の登録を、④に該当する職員を配置する場合にあっては特定行為業務の登録を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【共通】 | 夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とし、１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定していますか。（少数点第三位以下は切り捨てるものとする。） | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12　認知症行動・心理症状緊急対応加算  【予防も同様】 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合は、利用を開始した日から起算して７日を限度として１日つき200単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要であると医師が判断した場合であって、居宅介護支援専門員、当該短期入所生活介護事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期入所生活介護の利用を開始していますか。  ※認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 短期入所生活介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合あっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるよう取り計らっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 次に掲げる者が、直接、短期入所生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定していませんか。 | |  |  |  |  |  |
| ａ　病院又は診療所に入院中の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ｂ　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ｃ　認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画所に記録していますか。  ※判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用開始日から７日を限度として算定していますか。  ※本加算は、「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受入れる際の初期の手間を評価したものであり、利用開始後８日目以降の短期入所生活介護の利用を妨げるものではないことに留意すること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13　若年性認知症利用者受入加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 若年性認知症利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合、若年性認知症利用者受入加算として、１日につき120単位を所定単位数に加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14　送迎加算  【予防も同様】 | 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合に、片道１回につき184単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 送迎に係る記録として、利用者、送迎者、送迎先等が明確にされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 送迎先が、利用者の都合による場合を含めて居宅以外となったときに、当該加算を算定していないか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 送迎の実施については、運営規程に定める実施地域の範囲内となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 送迎が運営規程に定める実施地域の範囲外となる場合で、別途利用料の徴収に当たっては、運営規程にその利用料を規定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15　緊急短期入所受入加算 | 以下の者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合に、当該指定短期入所生活介護を行った日から起算して７日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日）を限度として、１日につき90単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急利用者を受け入れたときに、当該緊急利用者のみに算定していますか。  ※「緊急利用者」とは、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていない者をいう。なお、新規の利用者に限られるものではなく、既に当該事業所で緊急短期入所受入加算の算定実績のある利用者も算定対象となる。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めていますか。  ※やむを得ない事情により、事後に介護支援専門員により当該サービス提供が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入後の対応などの事項を記録していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 既に緊急利用者を受け入れているために緊急の利用を希望している者を受け入れることが困難な場合は、利用希望者に対し、別の事業所を紹介するなど適切な対応を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定対象期間は原則として７日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、７日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 上記の場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を併算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 16　療養食加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 以下の基準を満たす場合に、１日につき３回を限度して６単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用者の病状等に応じて、主治の医師により利用者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事箋に基づき、療養食を提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該療養食に係る献立表が作成されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象となる療養食は、医師の発行する食事箋に基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量および内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食）及び特別な場合の検査食となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g未満の減塩食となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていないか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している利用者等に対する低残さ食についても対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　貧血食の対象となる入所者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来していますか。（※）※医師が認める者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　高度肥満症（肥満度が+70%以上又はＢＭＩが35以上）に対して食事療法を行う場合に、脂質異常症食に準じて取扱っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　特別な場合の検査食は潜血食としている他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　脂質異常症食の対象となる利用者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140㎎／dl 以上である者又はHDL-コレステロール値が40㎎／dl 未満若しくは血清中性脂肪値が150㎎／dl 以上となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17　在宅中重度者受入加算 | 指定短期入所生活介護事業所において、当該利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合は、 １ 日につき次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定している場合　　421単位  （看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定していない場合） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定している場合　　417単位  （看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定していない場合） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロ及び（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロいずれも算定している場合413単位 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・看護体制加算を算定していない場合　　425単位 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅において訪問看護の提供を受けていた利用者が、その居宅において指定短期入所生活介護を利用する場合であって、指定短期入所生活介護事業者が、当該利用者の利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員により当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合が対象となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所の配置医師が行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 在宅中重度者受入加算を算定するに当たっては、あらかじめ居宅サービス計画に位置づけた上で行っていますか。  ※　特に初めてこのサービスを行う場合は、サービス担当者会議を開催するなどサービス内容や連携体制等についてよく打合せを行った上で実施することが望ましい。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該利用者に関する必要な情報を主治医、訪問看護事業所、サービス担当者会議、居宅介護支援事業所等を通じてあらかじめ入手し適切なサービスを行うよう努めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 在宅中重度受入加算に係る業務について、訪問看護事業所と委託契約を締結し、利用者の健康上の管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 健康上の管理等の実施上必要となる衛生材料、医薬品等の費用は短期入所生活介護事業所が負担し、利用者に請求していませんか。  ※なお、医薬品等が、医療保険の算定対象となる場合は、適正な診療報酬を請求すること「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年３月31日保医発第0331002号を参照）。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 18　認知症専門ケア加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における認知症ケア専門加算と一体的に行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 本体施設の対象者の数と併設事業所の対象者の数（空床型短期生活入所者生活介護を行う場合には、当該指定短期入所生活介護の対象者の数）を合算した数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上の研修修了者を配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 19　サービス提供体制強化加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき18単位を加算していますか。 | | | | | | |
|  | (1)　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以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき12単位を加算していますか。 | | | | | | |
|  |  | (1)　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以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3)　 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を加算していますか。 | | | | | | |
|  |  | (1)　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以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3)　 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を加算していますか。 | | | | | | |
|  |  | (1)　指定短期入所生活介護のサービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。  ※指定短期入所生活介護のサービスを入所者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。  ※勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。  ※勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (2)　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | (3)　 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【共通】 | 本体施設と併設の短期入所生活介護を兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設と短期入所生活介護に割り振った上で、本体施設と短期入所生活介護それぞれについて割合を算出し、加算の算定の可否を判断していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 20　介護職員処遇改善加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における介護職員処遇改善加算設と同様に算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 21　介護職員等特定処遇改善加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である指定地域密着型介護老人福祉施設における介護職員等特定処遇改善加算設と同様に算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |