

特別養護老人ホーム指導監査
指定介護老人福祉施設指導監査
チェックリスト

施設の名称

(法令・通知等の略号)

- 46号省令→「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」
(平成11年3月31日付け、厚生省令第46号)
- 39号省令→「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」
(平成11年3月31日付け、厚生省令39号)
- 214号通知→「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」
(平成12年3月17日付け、老発第214号、厚生省老人保健福祉局長通知)
- 43号通知→「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」
(平成12年3月17日付け、老企第43号、厚生省老人保健福祉局企画課長通知)
- 労基法→「労働基準法」(昭和22年法律第49号)
- 労基法施行規則→「労働基準法施行規則」(昭和22年8月30日付け、厚生省令第23号)
- 労基法第37条第1項政令→「労働基準法第37条第1項の時間外及び休日の割増賃金に係る率の最低限度を定める政令」
(平成6年1月4日付け、政令第5号)
- 育児・介護休業法→「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」
(平成3年法律第76号)
- 産休等代替職員制度要綱→「産休等代替職員制度の実施について」
(昭和51年9月30日付け、児発第68号、児童家庭局長通知)
- 退職手当共済法→「社会福祉施設職員等退職手当共済法」(昭和36年法律第155号)
- 厚生年金法→「厚生年金保険法」(昭和29年法律第115号)
- 健康保険法→「健康保険法」(大正11年法律第70号)
- 雇用保険法→「雇用保険法」(昭和49年法律第116号)
- 労災保険法→「労働者災害補償保険法」(昭和22年法律第50号)
- 労安衛法→「労働安全衛生法」(昭和47年法律第57号)
- 労安衛規則→「労働安全衛生規則」(昭和47年9月30日付け、労働省令第32号)
- 男女雇用機会均等法→「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」(昭和47年法律第113号)
- 107号通知→「社会福祉施設における防災安全対策の強化について」
(昭和62年9月18日付け、社施第107号、厚生省社会・児童家庭局長連名通知)
- 5号通知→「社会福祉施設における地震防災応急計画の作成について」
(昭和55年1月16日付け、社施第5号、厚生省社会局施設・児童家庭局企画課長連名通知)
- 消防法→「消防法」(昭和23年法律第186号)
- 消防法施行規則→「消防法施行規則」(昭和36年4月1日付け、自治省令第6号)
- 耐震改修促進法→「建築物の耐震改修の促進に関する法律」(平成7年法律第123号)
- 6号通知→「社会福祉法人会計基準の制定について」
(平成12年2月17日付け、社援施第6号、厚生省大臣官房障害保健福祉企画課長等連名通知)
- 7号通知→「社会福祉法人における入札契約等の取扱いについて」
(平成12年2月17日付け、社援施第7号、厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長等連名通知)
- 定款準則→「社会福祉法人の認可について」
(平成12年12月1日付け、障第890号等、厚生省大臣官房障害保健福祉部長等連名通知)
- 指導指針→「指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて」
(平成12年3月10日付け、老計第8号、厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知)
- 経理規程準則→「社会福祉施設を経営する社会福祉法人の経理規程準則の制定について」
(昭和51年1月31日付け、社施第25号、厚生省社会・児童家庭局長連名通知)
- 指導監査要綱→「社会福祉法人指導監査要綱の制定について」
(平成13年7月23日付け、雇児発第487号等、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長等連名通知) 別添
- 会計基準→「社会福祉法人会計基準の制定について」
(平成12年2月17日付け、社施第310号、厚生省大臣官房障害保健福祉部長等連名通知) 別紙
- 274号通知→「社会福祉法人の認可等の適正化並びに社会福祉法人及び社会福祉施設に対する指導監督の徹底について」
(平成13年7月23日付け、老発第274号等、厚生労働省老健局長等連名通知)

- 59号通知→「社会福祉施設における火災防止対策の強化について」
(平成48年4月13日付け、社施第59号 厚生省社会局長等連名通知)
- 121号通知→「社会福祉施設における防災対策の強化について」
(平成58年12月17日付け、社施第121号 厚生省社会局施設課児童家庭局企画課長通知)
- 169号通知→「社会福祉施設における腰痛予防対策の推進について」
(平成16年12月28日付け、社援施第169号通知)
- 188号通知→「特別養護老人ホームにおける繰越金等の取扱い等について」
(平成12年3月10日付け、老発第188号、厚生省老人保健福祉局長通知)
- 26号告示→「厚生労働大臣が定める施設基準」(平成12年2月1日付け、厚生省告示第26号)
- 21号告示→「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日付け、厚生省告示第21号)
- 29号告示→「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2月10日付け、厚生省告示第29号)
- 介護保険法→「介護保険法」(平成9年法律第123号)
- 介護保険法施行規則→「介護保険法施行規則」(平成11年3月31日厚生省令第36号)
- 54号通知→「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」
(平成12年3月30日厚生省老人保健福祉局企画課長通知)
- 155号通知→「「身体拘束ゼロ作戦」の推進について」(平成13年4月6日老発第155号厚生労働省老健局長通知)
- 老人福祉法→「老人福祉法」(昭和38年法律第133号)
- 社会福祉法→「社会福祉法」(昭和26年法律第45号)
- 40号通知→「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知)
- 23号告示→「厚生労働大臣が定める者等」(平成12年2月10日厚生省告示第23号)
- 25号告示→「厚生労働大臣が定める基準」(平成12年2月10日厚生省告示第25号)
- 27号告示→「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」(平成12年2月10日厚生省告示第27号)
- 36号通知→「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月1日厚生省老人保健福祉局企画課長通知)
- 0307001通知→「社会福祉施設等における食品の安全確保等について」(平成20年3月7日老計発第0307001号)

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考 (根拠法令等)
		適	否	非該当	
1 建物・設備	確認事項 （※適否なし） ① 前年度において、建物・設備に変更があったか。 ② 建物の損傷等危険箇所が長期間放置されていないか。 未措置の場合：危険個所と未対応の理由 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	ない	あった	<input type="checkbox"/>	
		いない	いる	<input type="checkbox"/>	
2 諸規程の整備					
(1)公 印	① 公印の管理規程は定められているか。 <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> 制定年月日 年 月 日 </div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 公印の管理者を定め、公印が適正に管理されているか。 <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> 管理者職氏名 </div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(2)運営規程	① 運営規程は整備されているか。 <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> 制定年月日 年 月 日 </div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第7条 39号省令第23条 214号通知第1-6 43号通知第4-22
	② 現状と規程に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 職員、利用者に周知されているか。 周知の具体的な方法 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(3)就業規則	① 就業規則は整備されているか。 ② 就業規則は労働基準監督署に届出がされているか。 <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> 届出年月日 年 月 日 </div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条
	③ 現状と規則に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考				
		適	否	非 該 当					
(4) 給与規程	④ 職員に周知されているか。 周知の具体的な方法 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第106条				
	① 給与規程は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条
	制定年月日	年	月	日					
② 現状と規程に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						
(5) 旅費規程	③ 職員に周知されているか。 周知の具体的な方法 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第106条				
	① 旅費規程は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	制定年月日	年	月	日					
② 現状と規程に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						
(6) 育児休業規程	③ 職員に周知されているか。 周知の具体的な方法 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
	① 育児休業規程は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	育児・介護休業法第21条
	制定年月日	年	月	日					
② 現状と規程に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						
	③ 職員に周知されているか。 周知の具体的な方法 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考				
		適	否	非 該 当					
(7)介護休業 規程	① 介護休業規程は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	育児・介護休業法第21条
	制定年月日	年	月	日					
	② 現状と規程に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
③ 職員に周知されているか。 周知の具体的な方法 <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
(8)臨時職員 就業規則	① 臨時職員就業規則は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条
	制定年月日	年	月	日					
	② 現状と規則に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
③ 臨時職員に周知されているか。 周知の具体的な方法 <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第106条				
(9)非常勤職員 (パートタイマー) 就業規則	① 非常勤職員就業規則は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条
	制定年月日	年	月	日					
	② 現状と規則に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
③ 非常勤職員に周知はされているか。 周知の具体的な方法 <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第106条				
(10)嘱託職員 就業規則	① 嘱託職員就業規則は整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">制定年月日</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	制定年月日	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条
制定年月日	年	月	日						

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考								
		適	否	非該当									
3 職員管理 (1) 人事管理	② 現状と規則に相違はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第106条								
	③ 嘱託職員に周知されているか。 周知の具体的な方法	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> </table>												
	① 勤務表は作成されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第24条第1項 214号通知第4-11-(1)								
	② 労働者名簿は整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第107条								
	③ 採用、退職、異動、昇給等人事案件については、伺い書等 関係書類が整備され、辞令が交付されているか。 辞令の状況	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">採 用</td> <td style="width: 25%;">有 ・ 無</td> <td style="width: 15%;">異 動</td> <td style="width: 45%;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>退 職</td> <td>有 ・ 無</td> <td>昇 給</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table>	採 用	有 ・ 無	異 動	有 ・ 無	退 職	有 ・ 無	昇 給	有 ・ 無				
	採 用	有 ・ 無	異 動	有 ・ 無									
	退 職	有 ・ 無	昇 給	有 ・ 無									
	④ 臨時職員等に対する雇用契約及び契約の履行が行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
(2) 協定・届出	① 労働基準法第24条に基づく賃金からの一部控除についての 協定が締結されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第24条								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">控除対象費目</td> <td> </td> </tr> </table>	控除対象費目											
控除対象費目													
	② 労働基準法第36条に基づく時間外労働・休日労働に関する 協定が締結され、労働基準監督署に届出されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第36条								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">届 出 年 月 日</td> <td style="width: 75%;">年 月 日</td> </tr> </table>	届 出 年 月 日	年 月 日										
届 出 年 月 日	年 月 日												
	③ 施設長は専任者が確保され、常勤しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	社会福祉法第66条								
	④ 施設長、職員の兼務は法令等で認められたものであるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第6条 214号通知第1-5								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">兼務している職員数</td> <td style="width: 30%;">名</td> </tr> </table>	兼務している職員数	名										
兼務している職員数	名												

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考		
		適	否	非 該 当			
(3)勤務状況	⑤ 宿日直がある場合、労働基準法第41条による許可が得られているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">許可年月日</td> <td style="width: 70%;">年 月 日</td> </tr> </table>	許可年月日	年 月 日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第41条
	許可年月日	年 月 日					
	① 出勤簿又はタイムカードは整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第9条ほか		
	② 正職員、または正職員以外の職員の年次有給休暇の付与について、労働基準法の基準を下回っていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第39条		
	③ 職員の年次有給休暇取得率の向上に努めているか。 具体的な方策 <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"></table>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>			
	④ 法定分の年次有給休暇の翌年度繰越を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第115条		
	⑤ 年次有給休暇処理簿は整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第9条ほか		
	⑥ 出張命令簿、復命書が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第9条ほか		
	⑦ 労働時間は、週40時間を超えていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第32条		
	⑧ 労働時間が6時間を超える場合においては少なくとも45分、8時間を超える場合においては少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第34条		
	⑨ 休憩時間を自由に利用させているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第34条		
⑩ 就業規則に、始業・終業時刻及び休憩時間が明確に示されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条			
⑪ 職員の勤務時間（休憩時間）の実態は、就業規則と一致しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>				
(4)給与・手当等	① 給与（賃金）台帳は整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第108条		
	② 給与規程に給与表、初任給格付基準、前歴換算表、標準職務表が整備され、採用時等の給与格付、昇給、昇格は規程に基づき実施されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第89条		
	③ 氏名、性別、賃金計算期間、労働日数、労働時間数等について、労働者各人別に賃金台帳に記入しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法施行規則第54条		
	④ 給与規程に定めのない手当を支給していないか。	いない	いる	<input type="checkbox"/>			

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(5)健康管理	⑤ 時間外勤務命令簿は作成されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第9条ほか
	⑥ 休日労働の割増賃金の割合は1.35となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法第37条第1項政令
	⑦ 割増賃金の基礎となる1時間当たりの給与は適正に算定されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労基法施行規則第19条
	⑧ 扶養・通勤・住宅手当は、職員から住民票等必要な書類を添付した届出書を徴し、認定を行っているか。 徴している書類等	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
		扶養手当			
		通勤手当			
		住宅手当			
	⑨ 社会保険、退職手当等の制度に加入しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	退職手当共済法、厚生年金法、健康保険法、雇用保険法、労災保険法
	① 職員の採用時の健康診断が実施され、記録が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労安衛規則第43条
	② 職員の定期健康診断は1年内毎に1回、適正に実行され、記録が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労安衛法第66条 労安衛規則第44条、第51条
	定期診断実施日	受診者数	対象職員総数	実施率	
	平成 年 月 日				
③ 夜勤を行う職員の健康診断は6か月以内毎に1回、定期に実施されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	労安衛規則第45条	
	定期診断実施日	受診者数	対象職員総数	実施率	
	平成 年 月 日				
	平成 年 月 日				
④ 腰痛の予防対策は取られているか。 対策の概要	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	169号通知	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考					
		適	否	非該当						
(6)会議・研修	① 職員会議が必要に応じて開催され、記録が整備されているか。 開催頻度等 <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td> </td></tr></table>		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第9条第1項 214号通知第1-8				
	② 職員の研修は計画を立てて、各職種について、偏りなく行われているか。 <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;">施設内研修開催回数</td><td style="width: 50%; text-align: center;">回</td></tr><tr><td>施設外研修開催回数</td><td style="text-align: center;">回</td></tr></table>	施設内研修開催回数	回	施設外研修開催回数	回		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
施設内研修開催回数	回									
施設外研修開催回数	回									
③ 研修内容が職員会議等において他の職員に周知、紹介され、研修記録が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>							
(7)福利厚生	① レクリエーションによる士気高揚等、職員の福利厚生への配慮がなされているか。 <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 20%;">開 催 月</th><th style="width: 50%;">内 容</th><th style="width: 30%;">参加者数</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	開 催 月	内 容	参加者数				はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
	開 催 月	内 容	参加者数							
	確認事項 ② 福利厚生センターに加入しているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>						
(8)男女雇用機会均等確保	① 職員等の募集及び採用について、女性に対して男性と均等な機会を与えているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	男女雇用機会均等法第5条 男女雇用機会均等法第6条 男女雇用機会均等法第6条					
	② 職員の配置、昇進及び教育訓練について、職員が女性であることを理由として男性と差別的な取扱を行っていないか。	いいえ	いる	<input type="checkbox"/>						
	③ 住宅資金の貸付その他これに準ずる福利厚生措置であって、以下の事項について、職員等が女性であることを理由として男性と差別的な取扱を行っていないか。 ア 生活資金、教育資金その他職員等の福祉の増進のために行われる資金の貸付 イ 職員等の福祉の増進のために定期的に行われる金銭の給付（生命保険料の一部助成、子供の教育のための奨学金の支給等） ウ 職員等の資産形成のために行われる金銭の給付（財形貯蓄に対する奨励金の給付等）	いいえ	いる	<input type="checkbox"/>						

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考					
		適	否	非該当						
4 非常災害 対策	④ 職員等の定年及び解雇について、職員等が女性であることを理由として男性と差別的な取扱を行っていないか。	いない	いる	<input type="checkbox"/>	男女雇用機会均等法第6条第4項					
	⑤ 女性職員等が婚姻し、妊娠し、又は出産したことを退職理由として予定する就業規則や労働協約等を定めていないか。	いない	いる	<input type="checkbox"/>	男女雇用機会均等法第9条第2項					
	⑥ 女性職員等が婚姻し、妊娠し、出産し、又は産前産後休業をしたことを理由として解雇した事実はないか。	いない	いる	<input type="checkbox"/>	男女雇用機会均等法第9条第3項					
	⑦ 女性職員等が性的な言動により、労働条件につき不利益を受けたり、就業環境が害されることのないよう雇用管理上必要な配慮を行っているか。 対応状況 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	男女雇用機会均等法第11条第1項					
	【配慮すべき事項】 ア 職場におけるセクシュアルハラスメントに関する方針の明確化及びその周知、啓発 イ 相談、苦情への対応 ウ 職場におけるセクシュアルハラスメントが生じた場合における事後の迅速かつ適切な対応									
	⑧ 女性職員等が妊産婦のための保健指導又は健康診査を受診するために必要な時間を確保するよう努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	男女雇用機会均等法第12条					
	① 夜勤者とは別に宿直者を配置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	107号通知 5-(1)-イ 214号通知第4-11-(2)					
	② 防火管理者を選任し、消防計画を消防官署に届け出ているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">防火管理者職氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>届 出 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>	防火管理者職氏名		届 出 年 月 日	年 月 日	いる	いない	<input type="checkbox"/>	消防法第8条、消防法施行規則第3条第1項	
	防火管理者職氏名									
	届 出 年 月 日	年 月 日								
③ 消防法令に基づくスプリンクラー、屋内消火栓、非常通報装置、防災カーテン、寝具等が整備されているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>	消防法第17条						
④ 防災設備について専門業者により定期的な点検が行われ、消防官署に対して点検結果を報告しているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">点 検 年 月 日</td> <td>報告の有無</td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table>	点 検 年 月 日	報告の有無	平成 年 月 日	有 ・ 無	平成 年 月 日	有 ・ 無	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	消防法施行規則第31条の6
点 検 年 月 日	報告の有無									
平成 年 月 日	有 ・ 無									
平成 年 月 日	有 ・ 無									

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考					
		適	否	非 該 当						
	⑤ 消防署の立入検査を受けて指摘があった場合、改善措置が行われているか。 指摘事項と対応内容 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						
	⑥ 消防計画に基づき各種訓練を定期的かつ頻繁に実施し、そのうち消防法施行規則による総合防災訓練を年2回以上実施しているか。また、記録が整備されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">訓練実施総回数</td> <td style="width: 70%; text-align: right;">回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">総合防災訓練実施日</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> </tr> </table>	訓練実施総回数	回	総合防災訓練実施日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	消防法施行規則第3条
訓練実施総回数	回									
総合防災訓練実施日	平成 年 月 日									
	平成 年 月 日									
	⑦ 夜間又は夜間を想定した防災訓練が行われているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">実 施 年 月 日</td> <td style="width: 70%; text-align: right;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">平成 年 月 日</td> </tr> </table>	実 施 年 月 日	平成 年 月 日		平成 年 月 日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	107号通知6-(1)	
実 施 年 月 日	平成 年 月 日									
	平成 年 月 日									
	⑧ 非常時の際の連絡・避難体制及び地域住民・近隣施設の協力体制は確保されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	107号通知7-(1)					
	⑨ 地震、大雨等に備え、情報伝達網、自主防災組織、施設設備の点検、入所者の安全指導、教育訓練などを織り込んだ防災計画は作成されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">作成年月日</td> <td style="width: 70%; text-align: right;">年 月 日</td> </tr> </table>	作成年月日	年 月 日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	5号通知 59号通知 121号通知			
作成年月日	年 月 日									
	⑩ 災害に備え、施設がどのような地盤に立地しているかを、事前に調査・把握しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						
	⑪ 災害等による周辺施設からの出火に際して、どのような行動をとるか、どのルートを経てどこに避難するかについて、検討がなされ、その方法が用意されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						
	⑫ 地震による津波の際に、施設がその被害を受ける恐れがある危険な地域に位置しているかを、事前に調査・把握しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>						

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
5 利用者の安全管理対策	⑬ 地震による津波の際に、どこに、どういうルートで避難するかについて、検討がなされ、その方法が用意されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	耐震改修促進法第2条
	⑭ 非常災害時の避難地、避難ルートは、不測の事態に備え、二重、三重に定められているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑮ 地震、大雨等により、ダム、ため池、河川などが決壊した際、施設が水害による被害を受ける恐れがあるかを、事前に調査・把握しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑯ 施設の建物について、耐震診断及び耐震改修の努力がなされているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑰ 地震、大雨等の災害が発生した場合に必要とされる一定程度の備蓄用食料品・救急医薬品は備えられているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	① 照明、手摺、マット等利用者の安全に配慮した整備を行っているか。 具体的な内容	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>				
② 施設内での事故発生の危険性について検討しているか。 検討実施状況	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
<div style="border: 1px solid black; height: 110px; width: 100%;"></div>					
③ 利用者の安全管理マニュアルを整備しているか。 活用状況	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>					

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考						
		適	否	非 該 当							
	④ 事故防止について日頃から職員に研修がなされているか。 具体的な実施状況 	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>							
	⑤ 骨折、擦過傷を防止する対策をとっているか。 具体的な内容 	いる	いない	<input type="checkbox"/>							
	⑥ 浴室・プール、火気、自動車（バス含む）の管理は、それぞれチェック項目を設けて行っているか。 管理状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">浴 室 プ ール</td> <td></td> </tr> <tr> <td>火 気</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自 動 車</td> <td></td> </tr> </table>	浴 室 プ ール		火 気		自 動 車		いる	いない	<input type="checkbox"/>	
浴 室 プ ール											
火 気											
自 動 車											

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考							
		適	否	非該当								
1 会計組織	① 経理区分毎に置く必要のある会計責任者は任命されているか。また必要に応じ、出納職員を置いているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">会計責任者職氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>出納職員職氏名</td> <td></td> </tr> </table>	会計責任者職氏名		出納職員職氏名		いる	いない	<input type="checkbox"/>	6号通知1-(1)			
	会計責任者職氏名											
	出納職員職氏名											
	② 契約担当者は任命されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">契約担当者職氏名</td> <td></td> </tr> </table>	契約担当者職氏名		いる	いない	<input type="checkbox"/>	7号通知1-(1)					
契約担当者職氏名												
③ 各任命に伴い、辞令は交付されているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>									
④ 会計責任者と出納職員の兼務は避けるなど、内部牽制組織が確立されているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>	6号通知1-(1)								
2 予算	① 施設経理区分に関する予算は事業開始前に事業計画に基づいて編成され、理事会で承認されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">承認理事会開催年月日</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> </table>	承認理事会開催年月日	平成 年 月 日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	定款準則第17条					
	承認理事会開催年月日	平成 年 月 日										
	② 収入支出の予算額は経理規程に定められた勘定科目ごとに設定されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	会計基準第9条 指導指針第2-4							
	③ 予算額を超えた支出、予算に基づかない支出はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>								
	④ 予算流用は、経理規程又は会計処理規程などの定めにより、手続きがなされた上で、科目間流用に限られているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>								
	⑤ 予備費は適切に計上されているか。 予備費の執行状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">金 額</th> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">用 途</th> <th style="width: 30%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	金 額		用 途						はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
金 額		用 途										
⑥ 施設経理区分に係る補正予算は職員給与のベースアップ等状況の変化の見通しが生じた時点で編成し、理事会の同意を得ているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">開 催 年 月 日</th> <th style="width: 60%;">補 正 内 容 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	開 催 年 月 日	補 正 内 容 等	平成 年 月 日		平成 年 月 日		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	指導監査要綱Ⅲ-3-(1)		
開 催 年 月 日	補 正 内 容 等											
平成 年 月 日												
平成 年 月 日												

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
3 現金・預金	① 預金通帳、印鑑が別々に保管されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 現金の出納業務終了後、現金残高と帳簿残高とを照合しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 日々入金した金銭は、これを直ちに支払いに充てることなく、収納後適切な時期までに金融機関へ預け入れているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 預金について、毎月末日、取引金融機関の残高と照合しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
4 寄附金	① 寄附者の寄附目的が、寄附申込書等に明示されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	6号通知1-(5)-②
	② 寄附物品は、飲食物等で社会通念上寄附金収入として取り扱うことが不適当なものを除き、取得時の時価により寄附金収入として計上され、物品の用途目的に対応した支出科目に計上されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	6号通知1-(5)-②
	③ 全ての寄附金品が記録された寄附金収入明細表が作成され、寄附申込書及び領収書（控）とともに整理、保存されているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>	6号通知1-(5)-②
	④ 寄附金品の受領に、理事長の承認があるか。 ない場合の理由	ある	ない	<input type="checkbox"/>	
5 資金管理等	① 余裕資金の運用及び特定目的のために行う資金の積立は、安全確実な方法で行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 毎月末日に資金残高の内容を会計責任者及び理事長に報告しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
6 債権・債務	① 毎月末日に、債権・債務の残高内容を確認、調査しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 債権・債務の額に差異があるときは、遅滞なく統括会計責任者に報告し、適切な処置を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 債権・債務の回収・支払いが期限どおり履行されていることを確認しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考																
		適	否	非 該 当																	
7 資産管理等	① 固定資産管理者を定めているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>	6号通知2-(4)																
	② 固定資産管理者は、固定資産管理台帳を備え、固定資産の保全状況及び異動について所要の記録を行うなど適切な管理を行っているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>																	
	③ 施設運営に重大な影響のない基本財産以外の固定資産の取得及び処分にあたっては、事前に理事長の承認を得ているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>																	
	④ 固定資産を適正な対価なくしてこれを貸し付け、譲り渡し、交換し、又は他に使用させていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																	
	⑤ 年度末において施設経理区分に係る物品現在高報告書が整備されているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>																	
8 決 算	① 貯蔵品等の棚卸しは適切に実施されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	会計基準第23条																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">実施期日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施方法</td> <td></td> </tr> </table>	実施期日		実施方法																	
	実施期日																				
実施方法																					
② 施設経理区分に係る減価償却資産について適切な減価償却が実施されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	会計基準第26条																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>採用する償却方法</td> <td></td> </tr> </table>	採用する償却方法																				
採用する償却方法																					
③ 施設経理区分に係る決算整理のための明細表は適切に作成されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	6号通知別紙																	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>借入金明細表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>寄附金収入明細表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>補助金収入明細表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>基本金明細表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>国庫補助金等特別積立金明細表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>固定資産管理台帳</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>固定資産増減明細表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>固定資産集計表</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table>	借入金明細表	有 ・ 無		寄附金収入明細表	有 ・ 無	補助金収入明細表	有 ・ 無	基本金明細表	有 ・ 無	国庫補助金等特別積立金明細表	有 ・ 無	固定資産管理台帳	有 ・ 無	固定資産増減明細表	有 ・ 無	固定資産集計表	有 ・ 無			
	借入金明細表	有 ・ 無																			
	寄附金収入明細表	有 ・ 無																			
	補助金収入明細表	有 ・ 無																			
	基本金明細表	有 ・ 無																			
	国庫補助金等特別積立金明細表	有 ・ 無																			
	固定資産管理台帳	有 ・ 無																			
	固定資産増減明細表	有 ・ 無																			
固定資産集計表	有 ・ 無																				

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
9 入札等	① 入札方法の決定は、理事会で行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 指名競争入札の場合、入札業者の決定は、理事会で行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 一般競争入札の場合、入札は公告等、適正な方法で広く一般に周知しているか。 具体的な周知方法	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>				
	④ あらかじめ県に入札参加業者を届け出ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	274号通知5-(2)-イ
	⑤ 指名競争入札による契約は、合理的な理由（下記のア～ウの場合）から行っているか。 ア 契約の性質又は目的が一般競争に適さない場合 イ 契約の性質又は目的により競争に加わるべき者の数が一般競争入札に付する必要がないと認められる程度に少数である場合 ウ 一般競争入札に付することが不利と認められる場合	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 入札を行う際には、監事、複数の理事（理事長を除く。）、評議員（理事長の6親等以内の血族、配偶者等特殊の関係にある者を除く。）を立ち合わせているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	274号通知5-(2)-ウ
	⑦ 入札後は、入札が適正に行われた旨の立会人全員の署名とともに、入札結果（入札業者名、落札業者名、入札金額及び落札金額）を県に届け出ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	274号通知5-(2)-ウ
	⑧ 入札結果（入札金額を除く。）を一般の閲覧に供しているか。 具体的な閲覧方法	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	274号通知5-(2)-ウ
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>					
⑨ 随意契約は、合理的な理由（下記のア～カの場合）から競争入札に付することが適当でないと認められる場合に行っているか。また、価格による随意契約は、2社以上から見積りを徴し比較するなど、適正な価格を客観的に判断しているか。 ア 予定価格が、工事又は製造の請負においては、250万円、食料品・物品等の買入れにおいては、160万円、その他については100万円を超えない場合	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	7号通知1-(3)(4)	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
10 契 約	イ 不動産の買入れ、特殊な技術等を必要とする工事等、契約の性質又は目的が競争入札に適さない場合 ウ 機械設備等の故障に伴う緊急復旧工事、災害発生時の応急工事及び物品購入、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）等の感染を防止する消毒設備の購入など、緊急に対応しなければ入所者処遇に悪影響を及ぼす場合等、緊急の必要により競争入札に付することができない場合 エ 現に契約履行中の工事に直接関連する契約を現に履行中の契約者以外の者に履行させることが不利である場合等、競争入札に付することが不利と認められる場合 オ 時価に比して有利な価格等で契約を締結することができる見込みのある場合 カ 競争入札に付し入札者がいないとき、又は再度の入札に付し落札者がいない場合				
	⑩ 継続的な取引を随意契約で行う場合には、その契約期間中に、必要に応じて価格の調査を行うなど適正な契約の維持に努めているか。 具体的な調査方法	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	7号通知1-(4)
	⑪ 工事の発注、物品購入等は、入札等により適正に行われているか。 具体的な方法	いる	いない	<input type="checkbox"/>	274号通知5-(3)-エ
	① 契約は、理事長又はその委任を受けた契約担当者が行っているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>	7号通知1-(1)
	② 契約の権限を理事長以下の者に委任している場合、経理規程、辞令等により委任の範囲（会計単位、委任の額）が明確になっているか。	いる	いない	<input type="checkbox"/>	7号通知1-(1)

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考								
		適	否	非 該 当									
	③ 施設用財産に関する契約その他重要な契約については、理事会で審議、議決されているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">開催年月日</th> <th>審 議 内 容 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	開催年月日	審 議 内 容 等	平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	指導監査要綱 I-5-(2)
開催年月日	審 議 内 容 等												
平成 年 月 日													
平成 年 月 日													
平成 年 月 日													
	④ 100万円を超える契約については、契約書を作成しているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 30%;">前年度該当契約件数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契 約 書 作 成 件 数</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	前年度該当契約件数		契 約 書 作 成 件 数		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
前年度該当契約件数													
契 約 書 作 成 件 数													
11 補助金・助成金等	① 補助金、助成金等は、適正に使用されているか。また、補助金収入明細表を作成しているか。 昨年度に受けた補助金等の内容 <table border="1" style="width: 100%; height: 50px; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>								
	② 補助簿等を設け、補助金等の使途を明確に区分しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
12 繰越金の取扱い	① 繰越金等については、調整後の額を移行時特別積立金として計上しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	188号通知								
	② 移行時特別積立金と同額の現預金を移行時特別積立預金として計上しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	③ 減価償却により、移行時減価償却特別積立金の算出に当たっては、国庫補助金等に該当する額を控除しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	+								
	④ ①～③までの処理に当たっては、理事会（又は評議員会）の承認を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
13 積立金の取り崩し	① 移行時特別積立金を取り崩す場合には、あらかじめ理事会の承認を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	188号通知第1-4								

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考																							
		適	否	非該当																								
14 施設報酬	② 減価償却積立預金の取崩しに当たっては、理事会の承認を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	188号通知第1-5																							
	① 施設報酬を主たる財源とする施設の運営に要する経費を次の経費に充てていないか。 ○ 収益事業 ○ 社会福祉法人外への資金の流出（貸付を含む。）に属する経費 ○ 高額な役員報酬など実質的な剰余金の配当と認められる経費	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	188号通知第2-2																							
	② 他の社会福祉事業等又は公益事業への資金の繰入については、経常活動資金収支差額に資金残高が生じ、かつ当期資金収支差額合計に資金不足が生じない範囲において、行っているか。 なお、当該法人が行う当該指定介護老人福祉施設以外の居宅サービス等への資金の繰入については、当期末支払資金残高に資金不足が生じない範囲において行って差し支えない。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	188号通知第2-3-(1)																							
15 経理事務	③ 資金の繰替使用については、当該年度内に補填しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	188号通知第2-3-(3)																							
	① 経理規程に規定されている以下の会計帳簿が整備されているか。 <table border="1" data-bbox="336 1104 845 1688"> <tbody> <tr><td>仕訳伝票</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>総勘定元帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>現金出納帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>預貯金出納帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>有価証券台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>未収金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>貯蔵品台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>立替金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>前払金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>貸付金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>仮払金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>固定資産管理台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> </tbody> </table>	仕訳伝票	有 ・ 無	総勘定元帳	有 ・ 無	現金出納帳	有 ・ 無	預貯金出納帳	有 ・ 無	有価証券台帳	有 ・ 無	未収金台帳	有 ・ 無	貯蔵品台帳	有 ・ 無	立替金台帳	有 ・ 無	前払金台帳	有 ・ 無	貸付金台帳	有 ・ 無	仮払金台帳	有 ・ 無	固定資産管理台帳	有 ・ 無	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
仕訳伝票	有 ・ 無																											
総勘定元帳	有 ・ 無																											
現金出納帳	有 ・ 無																											
預貯金出納帳	有 ・ 無																											
有価証券台帳	有 ・ 無																											
未収金台帳	有 ・ 無																											
貯蔵品台帳	有 ・ 無																											
立替金台帳	有 ・ 無																											
前払金台帳	有 ・ 無																											
貸付金台帳	有 ・ 無																											
仮払金台帳	有 ・ 無																											
固定資産管理台帳	有 ・ 無																											

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考																
		適	否	非 該 当																	
	<table border="1"> <tr><td>未払金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>預り金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>前受金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>仮受金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>借入金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>基本金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>寄附金品台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td>補助金台帳</td><td>有 ・ 無</td></tr> </table>	未払金台帳	有 ・ 無	預り金台帳	有 ・ 無	前受金台帳	有 ・ 無	仮受金台帳	有 ・ 無	借入金台帳	有 ・ 無	基本金台帳	有 ・ 無	寄附金品台帳	有 ・ 無	補助金台帳	有 ・ 無				
未払金台帳	有 ・ 無																				
預り金台帳	有 ・ 無																				
前受金台帳	有 ・ 無																				
仮受金台帳	有 ・ 無																				
借入金台帳	有 ・ 無																				
基本金台帳	有 ・ 無																				
寄附金品台帳	有 ・ 無																				
補助金台帳	有 ・ 無																				
	<p>② 会計帳簿の保存期間は適切に設定しているか。</p> <table border="1"> <tr> <td>主 要 帳 簿</td> <td>保存期間</td> <td>年</td> </tr> <tr> <td>会 計 伝 票</td> <td>保存期間</td> <td>年</td> </tr> </table>	主 要 帳 簿	保存期間	年	会 計 伝 票	保存期間	年	いる	いない	<input type="checkbox"/>											
主 要 帳 簿	保存期間	年																			
会 計 伝 票	保存期間	年																			
	<p>③ 収入・支出の際、発生の都度起票し、会計責任者の決裁が行われているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																	
	<p>④ 会計責任者は、毎月末日において、施設経理区分に係る月次報告書を作成し、経理規程に定める日までに理事長に提出しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考			
		適	否	非該当				
1 基本方針	<p>① 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、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旨とするものとなっているか。</p> <p>② 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護老人福祉施設サービスを提供するように努めているか。</p> <p>③ 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の介護保険施設その他の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努めているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	介護保険法第87条第1項 39号省令第1条第1項			
1 人員に関する基準 (1)施設長	<p>① 常勤の者1名を配置しているか。</p> <p>② 社会福祉法第19条第1項各号に該当する者若しくは社会福祉事業に2年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者であるか。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">社会福祉主事資格の有無</td> <td style="width: 50%;">有 ・ 無</td> </tr> </table> <p>無の場合の社会福祉事業の経験及び施設長資格認定講習課程の修了実績</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>	社会福祉主事資格の有無	有 ・ 無		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第12条第1項第1号、同条第4項 46号省令第5条第1項
社会福祉主事資格の有無	有 ・ 無							
(2)医師	<p>① 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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第12条第1項第2号、39号省令第2条第1項第1号			
(3)生活相談員	<p>① 入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上配置しているか。</p> <p>② 常勤の者となっているか。</p> <p>③ 社会福祉法第19条第1項各号に該当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となっているか。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">社会福祉主事資格の有無</td> <td style="width: 50%;">有 ・ 無</td> </tr> </table>	社会福祉主事資格の有無	有 ・ 無	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第12条第1項第3号、39号省令第2条第2号 46号省令第12条第4項 39号省令第2条第5項 46号省令第5条第2項	
社会福祉主事資格の有無	有 ・ 無							

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考			
		適	否	非 該 当				
(4)介護職員及び看護職員	社会福祉主事資格が無の場合の具体的な経験等 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>							
	① そ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以上配置しているか。 ② 看護職員の員数は次のとおりとなっているか。 ア 入所者の数が30を超えない施設にあっては、常勤換算方法で1以上 イ 入所者の数が30を超えて50を超えない施設にあっては、常勤換算方法で2以上 ウ 入所者の数が50を超えて130を超えない施設にあっては、常勤換算方法で3以上 エ 入所者の数が130を超える施設にあっては、常勤換算方法で3に、入所者の数が130を超えて50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上 オ 上記のうち、1人以上は常勤の者を配置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第12条第1項第4号イ 39号省令第2条第1項第3号イ			
(5)栄養士	① 1以上配置しているか。 (ただし、入所定員が40を超えない施設にあっては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより当該施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、栄養士を置かないことができる。)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第6項 46号省令第12条第5項 39号省令第2条第1項第4号 46号省令第12条第1項第5号			
(6)機能訓練指導員	① 1以上配置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第1項第5号 46号省令第12条第1項第6号			
	② 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あるか。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">その者の資格</td> <td>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</td> </tr> </table> </div>	その者の資格	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	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第7項 46号省令第5条第3項 43号通知第2の3	
	その者の資格	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						
③ 入所者の処遇に支障がない場合は、当該指定介護老人福祉施設の他の職務に従事することができるが、他の職務に従事しているか。 他の職務に従事している場合 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">職種</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">勤務割合</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> </div>	職種		勤務割合		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第8項 46号省令第12条第6項
職種		勤務割合						

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考										
		適	否	非該当											
(7)介護支援専門員	① 1以上配置しているか。(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第1項第6号										
	② 専らその職務に従事する常勤の者が配置されているか。 (ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該指定介護老人福祉施設の他の職務に従事することができる。) 他の職務に従事している場合 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">職種</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">勤務割合</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> ※兼務の場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができる。	職種		勤務割合		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第9項						
	職種		勤務割合												
③ 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務を行っていないか。 (ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。) ただし書き適用の場合 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">兼務職員の氏名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;">勤務割合</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	兼務職員の氏名		勤務割合		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第2の4(2)							
兼務職員の氏名		勤務割合													
(8)入所者数の算定	① 従業者の員数を算定する場合の入所者の数は、前年度の平均値としているか。 ※前年度の平均値＝当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31をもって終わる年度とする。以下同じ。）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第2条第2項 43号通知第2の6(5)①										
	② 新規に指定を受けた場合は、適正な推定数により算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>											
2 設備に関する基準	① 一の居室の定員は、4人以下となっているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">個 室</td> <td style="width: 15%;">2人部屋</td> <td style="width: 15%;">3人部屋</td> <td style="width: 15%;">4人部屋</td> <td style="width: 15%;">5人以上</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> </tr> </table>	個 室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人以上	室	室	室	室	室	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第2の6(5)② 39号省令第3条第1項第1号イ 46号省令第11条第4項第1号イ
個 室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人以上											
室	室	室	室	室											

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考		
		適	否	非 該 当			
	② 入所者1人当たりの床面積は、10.65㎡以上となっているか。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="width: 150px;">1人当たり床面積</td> <td style="width: 100px;">㎡</td> </tr> </table> ※経過措置 (附則第3条第1項)①については、「原則として4人以下」、 ②については、「収納設備を除き、4.95㎡」とする。 (附則第3条第2項)①については、「8人」とする。	1人当たり床面積	㎡	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第1号ロ 46号省令第11条第4項第1号ハ
1人当たり床面積	㎡						
	③ 地階に設けていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第11条第4項第1号ロニホヘトチ		
	④ 寝台又はこれに代わる設備が備えられているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>			
	⑤ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>			
	⑥ 床面積の1/1.4以上の面積を外気に面して開放できるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>			
	⑦ 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>			
	⑧ ブザー又はこれに代わる設備を設けること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>			
b 静養室	① 介護職員室または看護職員室に近接して設けられているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第2号 46号省令第11条第4項第2号		
c 浴 室	① 要介護者が入浴するのに適したものとなっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第3号 46号省令第11条第4項第3号		
d 洗面設備	① 居室のある階ごとに設けられているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第4号イ 46号省令第11条第4項第4号イ		
	② 介護を必要とする者が使用するのに適したものになっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第4号ロ 46号省令第11条第4項第4号ロ		
e 便所	① 居室のある階ごとに居室に近接して設けられているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第5号イ 46号省令第11条第4項第5号イ		
	② ブザー又はこれに代わる設備が設けられ、かつ、要介護者が使用するのに適したものとなっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第5号ロ 46号省令第11条第4項第5号ロ		
f 医務室	① 医療法第1条の5第2項に規定する診療所となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第6号イ 46号省令第11条第4項第6号イ		
	② 入所者を診療するために必要な医薬品及び医療用具を備えているか。また、必要に応じて臨床検査設備を設けているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第6号ロ 46号省令第11条第4項第6号ロ		
g 食堂及び機能訓練室	① それぞれに必要な広さを有するとともにその合計した面積が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るか。(ただし、食事の提供又は機能訓練を行う場合において、当該食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保できるときは、同一の場所とすることができる。) ※経過措置 (附則第5条)平成12年4月1日に現に存する特別養護老人ホームの建物については、この規定は当分の間適用しない。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第7号イ 46号省令第11条第4項第9号イ		

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
h 廊下幅	② 必要な備品を備えているか。 ① 1.8メートル以上となっているか。ただし、中廊下は2.7メートル以上となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項第7号 46号省令第11条第4項第9号
i 消火設備 その他	① 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第1項9号
j その他	① 上記の施設は、専ら当該施設の用に供するものとなっているか。（ただし、入所者処遇に支障がない場合には、この限りでない。） ※同一敷地内に他の社会福祉施設が設置されている場合等であって、当該特別養護老人ホームの効果的な運営と入所者に対する適切な処遇が確保される場合には、入所者が日常継続的に使用する設備以外の調理室等の設備は、その一部についてただし書きを適用して差し支えないものである。 ② 居室、静養室、食堂、浴室及び機能回復訓練室（以下「居室、静養室等」という。）は、3階以上の階に設けていないか。ただし、次のア～ウのいずれにも該当する場合はこの限りでない。 ア 居室、静養室等にある3階以上の各階に通ずる特別避難階段を2以上（防災上有効な傾斜路を有する場合又は車いす若しくはストレッチャーで通行するために必要な幅を有するバルコニー及び屋外に設ける避難階段を有する場合は、1以上）有すること イ 3階以上の階にある居室、静養室等及びこれから地上に通ずる廊下その他の通路の壁及び天井の室内に面する部分の仕上げを不燃材料でしていること。 ウ 居室、静養室等のある三階以上の各階が耐火構造の壁又は建築基準法施行令第112条1項に規定する特定防火設備（以下「特定防火設備という。）により防災上有効に区画されていること。 ③ 廊下、便所その他必要な場所に常夜灯を設けているか。 ④ 廊下及び階段に手すりを設けているか。階段の傾斜は緩やかになっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第3条第2項 46号省令第4条 214号通知第1の3 46号省令第11条第5項
		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第11条第6項2号
		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第11条第6項3号及び4号

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考	
		適	否	非該当		
3 運営に関する基準	⑤ 居室、静養室等が二階以上の階にある場合は、一以上の傾斜路を設けること。ただしエレベーターを設ける場合は、この限りでない。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第11条第6項5号	
	⑥ 便所等の面積又は数の定めがない設備については、それぞれの設備の持つ機能を十分に発揮しうる適当な広さ又は数を確保するよう配慮しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第3の1	
	⑦ 廊下や居室等に物が放置され、入居者の行動を妨げている事実はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑧ 車椅子等の移動の妨げとなる段差等はないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑨ 障害を有する入所者のために必要な車椅子、歩行器等が十分確保されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑩ 各居室、便所等必要な場所にカーテン等が設置され、入所者のプライバシーが守られるよう配慮がなされているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑪ 居室、便所等は、男女別となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑫ 居室、施設内、敷地の出入口が必要以上に施錠されていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑬ 避難路、非常口、消火設備は、非常の際すぐに使用できる状況にあるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑭ 所持金の管理能力がある入所者について、保管場所の確保等の配慮がなされているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	(1)内容及び手続の説明及び同意	① 指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第4条
		② 文書は、わかりやすいものとなっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の1
	(2)入所契約の締結	① 入所申込者の入所に際しては、契約書を取り交わしているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	(3)提供拒否の禁止	① 正当な理由なく入所を拒んではないか。 特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否していないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第4条の2 43号通知第4-2

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考				
		適	否	非該当					
	<p>入所を拒否した例</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>件 数</th> <th>理 由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>件</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	件 数	理 由	件					
件 数	理 由								
件									
(4)サービス提供 困難時の対応	① 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供与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を紹介する等の適切な措置を速やかに講じているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第4条の3 46号省令第12条の2				
(5)受給資格等 の確認	① 入所の申込みがあった場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間の確認を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第5条第1項				
	② 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定介護福祉施設サービスを提供するように努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	介護保険法第87条第2項 39号省令第5条第2項				
(6)要介護認定 の申請に係る 援助	① 入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者について、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認しているか。 申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて、速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第6条第1項				
	② 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の30日前には行われるよう必要な援助を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第6条第2項				
(7)入退所	① 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ついて、入所させているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第1項				
	② 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（いわゆる「入所待機者」がいる場合）には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、入所の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ているか。 また、透明性及び公平性を確保するため、次の事項を行っているか。 ア 優先入所の必要性を判断する基準及び入所を決定する際の手続等を定めた指針（以下「指針」という。）を作成し、適正に運用しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第2項				

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考								
		適	否	非 該 当									
	<p>イ 入所を検討するための委員会を設け、入所の決定は、その合議により行っているか。</p> <p>ウ 上記委員会の協議内容を記録し、これを2年間保存しているか。</p> <p>エ 指針を公表するとともに、入所希望者に対してその内容を説明しているか。</p> <p>(公表の方法)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 300px; margin: 5px 0;"></div> <p>※ 指針の具体的内容については「指定介護老人福祉施設における優先的な入所の取扱いに関する指針」(宮崎県老人福祉サービス協議会作成)を参照。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	<p>③ 入所申込者の入所に際しては、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、生活歴、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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第3項 46号省令第13条第1項								
	<p>④ 入所者について、その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうか(退所の可能性)について定期的に検討を行っているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第4項 46号省令第13条第2項								
	<p>⑤ その検討に当たっては、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の間で協議しているか。</p> <p>過去1年間の協議状況</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">協議の回数</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">回</td> <td style="width: 25%;">対象者数</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	協議の回数	回	対象者数	人					はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第5項 46号省令第13条第3項
協議の回数	回	対象者数	人										
	<p>⑥ その心身の状況、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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第6項 46号省令第13条第4項								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">援助の具体例</td> <td style="width: 85%; height: 40px;"></td> </tr> </table>	援助の具体例											
援助の具体例													

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	⑦ ⑥については、④の検討の結果、居宅での介護が生活環境を勘案して可能と判断される場合には、退所に対し必要な援助をすることを規定したものであり、安易に施設側の理由により退所を促すことの無いよう留意しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4-5-(5)
	⑧ 入所者の退所に際しては、居宅介護サービスの援助に資するため、居宅介護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密接な連携に努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第7条第7項 46号省令第13条第5項
(8)入退所の記録の記載	① 入所に際しては入所の年月日並びに施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第8条第1項
	② 指定介護福祉サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容を記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第8条第2項
(9)利用料等の受領	① 法定代理受領サービスに該当する指定介護福祉施設サービスを提供した際には、入所者から利用料の一部として、当該指定介護福祉施設サービスについて法第48条第2項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該指定介護福祉施設サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に指定介護福祉施設サービスに要した費用の額とする。)から当該指定介護老人福祉施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第9条第1項
	② 法定代理受領サービスに該当しない指定介護福祉施設サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、施設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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第9条第2項
	③ 上記①②の支払を受ける額のほか、受けることのできる次に掲げる費用の額以外の支払いを入所者から受けていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第9条第3項
	ア 食事の提供に要する費用(法第51条の3第1項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第2項第1号に規定にする食事の基準費用額(同条第4項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該指定介護老人福祉施設に支払われた場合は、同条第2項第1号に規定する食費の負担限度額)を限度とする。)				同条同項第1号
	イ 居住に要する費用(法第51条の3第1項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第2項第2号に規定にする居住費の基準費用額(同条第4項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該指定介護老人福祉施設に支払われた場合は、同条第2項第2号に規定する居住費の負担限度額)を限度とする。)				同条同項第2号

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	ウ 厚生労働大臣の定める基準(「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準」平成12年3月30日厚生省告示第123号)に基づき入所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				同条同項第3号
	エ 厚生労働大臣が定める基準に基づき入所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				同条同項第4号
	オ 理美容代				同条同項第5号
	カ アからオに掲げるもののほか、指定介護福祉施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められるもの。				同条同項第6号
	④ カの費用の具体的な範囲については、別に通知された「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」に沿って適切に取り扱われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の7(3) 54号通知
	⑤ ③に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書(重要事項説明書)を交付して説明を行い、入所者の同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第9条第5項
	⑥ ③のアからエに掲げる費用に係る同意については、文書(重要事項説明書等)により同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 指定介護福祉施設サービスその他のサービスの提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、当該支払いをした要介護被保険者に対し、厚生労働省令(施行規則第82条)に定めるところにより、領収証を交付しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	介護保険法第48条第7項 (第41条第8項を準用)
	⑧ 領収証に指定介護福祉施設サービスについて要介護被保険者から支払いを受けた費用の額のうち、法第48条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該指定介護福祉施設サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に指定介護福祉施設サービスに要した費用の額とする。)、食事の提供に要した費用の額及び居住に要した費用の額並びにその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	介護保険法施行規則第82条
(10)保険給付の請求のための証明書	① 法定代理受領サービスに該当しない指定介護福祉施設サービスに係る費用の支払を受けた場合は、その提供した指定介護福祉施設サービスの内容、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対して交付しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第10条

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考			
		適	否	非 該 当				
(11)施設サービスの取扱方針	① 入所者について、その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、その者の処遇を妥当適切に行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第11条第1項			
	② サービスの提供は、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第11条第2項			
	③ 施設の従業者は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第11条第3項			
	④ サービスの提供に当たっては、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を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第11条第4項			
	<p>【 身体拘束の事例 】 (4月以降)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>人数(件数)</th> <th>身 体 拘 束 の 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>○身体拘束禁止の対象となる具体的行為の例</p> <p>①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>③自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。</p> <p>④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。</p> <p>⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。</p> <p>⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。</p> <p>⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。</p> <p>⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。</p> <p>⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。</p> <p>⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。</p>	人数(件数)	身 体 拘 束 の 内 容	人				
人数(件数)	身 体 拘 束 の 内 容							
人								

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考		
		適	否	非 該 当			
(12)施設サービス計画の作成	⑤ 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しているか。 なお、記録に当たっては、「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」などを参考として、適切な記録を作成し、保存しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第11条第5項		
	⑥ 施設の管理者及び職員は、身体拘束廃止を実現するために正確な事実認識を持っているか。 そのため、施設の管理者は、シンポジウム等に参加し、又は職員を参加させるなど職員の意識啓発に努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	155通知6 (2)		
	⑦ 施設の管理者は、管理者及び各職種の職員で構成する「身体拘束廃止委員会」などを設置し、施設全体で身体拘束廃止に取り組むとともに、改善計画を作成しているか。 ○改善計画に盛り込むべき内容 ①施設内の推進体制 ②介護の提供体制の見直し ③「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続き ④施設の整備等の改善 ⑤施設の職員その他関係者の意識啓発のための取り組み ⑥入所者の家族への十分な説明 ⑦身体拘束廃止に向けての数値目標	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同2,3		
	⑧ 自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っているか。 <table border="1" data-bbox="347 1281 978 1429"> <tr> <td>評価の方法</td> <td></td> </tr> </table>	評価の方法		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第11条第6項
	評価の方法						
	① 管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第1項		
	② 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）は、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を含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第2項		
	③ 計画担当介護支援専門員は、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る問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第3項		

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	④ 計画担当介護支援専門員は、③に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たって、入所者及びその家族に面接して行い、面接の趣旨を十分説明し理解を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第4項
	⑤ 計画担当介護支援専門員は、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、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第5項
	⑥ 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する指定介護福祉施設サービス提供に当たる他の担当者を招集して行う会議）を開催、他の担当者に対する意見照会等により、当該施設サービス計画原案の内容について専門的見地から意見を求めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第6項
	⑦ 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案について、入所者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第7項
	⑧ 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際に、当該施設サービス計画を入所者に交付しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第8項
	⑨ 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的アセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第9項
	⑩ 計画担当介護支援専門員は、⑨の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに他の担当者との連絡を継続的に行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第10項
	また、特段の事情がない限り次により行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第10項第1,2号
	ア 定期的に入所者に面接すること。				
	イ 定期的モニタリングの結果を記録すること。				
	⑪ 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合において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変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第12条第11項

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考																			
		適	否	非 該 当																				
(13)介護	ア 入所者が介護保険法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合																							
	イ 入所者が介護保険法第29条第1項に規定する要介護状態の変更の認定を受けた場合																							
	① 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行われているか。 なお、介護サービス等の実施に当たっては、入所者の人格に十分に配慮して実施しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第1項 46号省令第16条第1項																			
	② 1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきを行っているか（年末年始等も含む。）。 また、その実施に当たっては、入所者の心身の状況や自立支援を踏まえて、適切な方法により行われているか。 実施状況	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第2項 46号省令第16条第2項																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">区分</th> <th style="width: 15%;">対象者数</th> <th style="width: 15%;">回数(週)</th> <th style="width: 15%;">曜日</th> <th style="width: 45%;">時 間 帯</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介助</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区分	対象者数	回数(週)	曜日	時 間 帯	一般					介助					特別								
区分	対象者数	回数(週)	曜日	時 間 帯																				
一般																								
介助																								
特別																								
	なお、入浴の実施に当たっては、事前に健康管理を行い、入浴することが困難な場合は、清しきを実施するなど入所者の清潔保持に努めているか。 健康チェックの具体的な方法 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																				
	③ 入所者に対しその心身の状況に応じて、適切な方法により排せつの自立について必要な援助を行っているか。 トイレ等は、障害に応じた工夫がなされ、換気や保温に配慮されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第3項 46号省令第16条第3項																			
	④ おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第4項 46号省令第16条第4項																			

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考												
		適	否	非該当													
	<p>おむつ交換や便器の使用等に際しての、カーテン等のプライバシーへの配慮及び換気は行われているか。</p> <p>おむつ交換時、清潔なタオルでの清拭や、皮膚の状態、床ずれの有無などの肌の異常及び尿、便の異常に対する観察は行われているか。</p> <p>観察後処置を必要とする場合の具体的な対応</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>排泄の経過を把握し、その記録は整備、活用されているか。</p> <p>便秘の続いている者に対する浣腸、摘便等が行われているか。</p> <p>夜間の排泄介助及びおむつ交換について、十分配慮がなされているか。</p> <p>おむつ交換の対象者数・回数</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">昼 間</th> <th style="width: 10%;">人</th> <th style="width: 10%;">平均</th> <th style="width: 10%;">回</th> <th style="width: 10%;">最 多</th> <th style="width: 10%;">回</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>夜 間</td> <td>人</td> <td>平均</td> <td>回</td> <td>最 多</td> <td>回</td> </tr> </tbody> </table>	昼 間	人	平均	回	最 多	回	夜 間	人	平均	回	最 多	回	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
昼 間	人	平均	回	最 多	回												
夜 間	人	平均	回	最 多	回												
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														
	<p>⑤ ^{じょくそう}褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するための体制を整備しているか。</p> <p>褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。</p> <p>ア 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、実践ならびに評価をしているか。</p> <p>イ 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）を決めているか。</p> <p>ウ 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るか。</p> <p>エ 褥瘡対策のための指針を作成しているか。</p> <p>オ 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るか。</p> <p>カ 施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましいが、活用しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第5項 46号省令第16条第5項												
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の11の(5) イロハニホ													
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														
	<p>はい</p>	いいえ	<input type="checkbox"/>														

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考								
		適	否	非 該 当									
(14) 食事の提供	⑥ 入所者に対し、離床、着替え、整容等介護を適切に行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第6項 46号省令第16条第6項								
	寝具類は常に清潔に保たれているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">シーツ交換</td> <td style="text-align: center;">週</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> <tr> <td>消毒の方法</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	シーツ交換	週		回	消毒の方法							
	シーツ交換	週		回									
	消毒の方法												
	入所者の被服は季節、生活サイクルにあった衛生的なものを着用するよう配慮されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	入所者の被服の洗濯は適時行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	⑦ 常時1人以上の常勤の介護職員を介護に従事させているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第7項 46号省令第16条第7項 43号通知第4の11の(7)								
	また、夜間を含めて適切な介護を提供できるように介護職員の勤務体制を定めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									
	⑧ 入所者に対し、その負担により、当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第13条第8項 46号省令第16条第8項								
	① 食事の提供は、栄養並びに入所者の身体の状況及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第14条第1項 46号省令第17条第1項								
	② 食事の提供は、入所者の自立の支援に配慮して、可能な限り、離床して食堂で行うよう努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第14条第2項 46号省令第17条第2項								
	③ 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況が明らかにされているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(2)								
	④ 病弱者に対する献立については、必要に応じ、医師の指導を受けているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(2)								
⑤ 食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後6時以降とすることが望ましいが、早くても午後5時以降となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(3)									
⑥ 指定介護老人福祉施設自らが行うことが望ましいが、食事の提供に関する業務の委託を行っている場合について、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(4)									
⑦ 検食を食事提供前に行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	0307001号通知									

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	⑧ 入所者の嚙下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、居室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられているか。 具体的連携方法 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(5)
	⑨ 入所者に対して適切な栄養食事相談を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(6)
	⑩ 食事内容については、当該施設の医師又は栄養士（入所定員が40人を超えない介護老人福祉施設であって、栄養士を配置していない施設においては連携を図っている他の社会福祉施設等の栄養士）を含む会議において検討が加えられているか。（会議内容の記録）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の12の(7)
(15) 相談及び援助	① 常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。 相談支援体制の例 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第15条 46号省令第18条
(16) 社会生活上の便宜の供与等	① 教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行っているか。 レクリエーション行事は創意工夫がなされ、その参加には入所者の意思が尊重されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第16条第1項 46号省令第19条第1項
	② 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、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っているか。 特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第16条第2項 46号省令第19条第2項
	③ 常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の14の(2)
	④ 入所者の外出の機会を確保するよう努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第16条第4項 46号省令第19条第4項

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考					
		適	否	非該当						
	<p>指定介護老人福祉施設は、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、入所者の希望や心身の状況を踏まえながら、買物や外食、図書館や公民館等の公共施設の利用、地域の行事への参加、友人宅の訪問、散歩など、入所者に多様な外出の機会を確保するよう努めているか。</p>				43号通知第4の14の(4) 214号通知第4の7の(4)					
(17)機能訓練	<p>① 入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営む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るか。</p> <p>なお、機能訓練は、機能訓練室における機能訓練に限るものではなく、日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練も含むものであり、これらについても十分に配慮しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第17条 46号省令第20条					
(18)健康管理	<p>① 医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採っているか。</p> <p>入所者の服薬管理は、きちんと行われているか。</p> <p>医薬品受払簿は、整備されているか。</p> <p>② 結核予防法に基づく定期健康診断を実施しているか。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>実 施 日</td> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>	実 施 日	平成	年	月	日	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第18条 46号省令第21条
実 施 日	平成	年	月	日						
(19)入所者の入院期間中の取扱い	<p>① 入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、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、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしているか。</p> <p>② 入所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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第19条 46号省令第22条					
(20)入所者に関する市町村への通知	<p>① 入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しているか。</p> <p>ア 正当な理由なしに指定介護福祉施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたとき。</p> <p>イ 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第20条					

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考								
		適	否	非 該 当									
(21) 管理者による管理	<p>① 管理者（施設長）は、専ら当該指定介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の者であるか。 （ただし、以下の場合であって、当該指定介護老人福祉施設の管理上支障がない場合は、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。）</p> <p>(1) 当該指定介護老人福祉施設の従業者としての職務に従事する場合 (2) 当該指定介護老人福祉施設と同一敷地内にある他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、特に当該指定介護老人福祉施設の管理業務に支障がないと認められる場合 (3) 当該指定介護老人福祉施設がサテライト型居住施設の本体施設である場合であって、当該サテライト型居住施設の管理者又は従業者としての職務に従事する場合 ○兼務している場合の兼務先等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">兼務先</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">職務</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">兼務先の勤務時間</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	兼務先		職務		兼務先の勤務時間				はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第21条
兼務先		職務											
兼務先の勤務時間													
(22) 管理者の責務	<p>① 管理者は、当該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るか。</p> <p>② 管理者は、従業者に、基準省令第4章「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第22条第1項 46号省令第23条第1項								
(23) 計画担当介護支援専門員の責務	<p>計画担当介護支援専門員は、基準省令第12条「施設サービス計画の作成」に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行っているか。</p> <p>① 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、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握しているか。</p> <p>② 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、従業者の間で協議しているか。</p> <p>③ その心身の状況、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るか。</p> <p>④ 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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第22条の2								

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
(24) 運営規程	⑤ 基準第11条第5項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第23条 46号省令第7条
	⑥ 基準第33条第2項に規定する苦情の内容等を記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 基準第35条第3項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	指定介護老人福祉施設は、次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めているか。 ア 施設の目的及び運営の方針 イ 従業者の職種、員数及び職務の内容 ウ 入所定員 エ 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額 オ 施設の利用に当たっての留意事項 カ 非常災害対策 キ その他施設の運営に関する重要事項 〔 なお、キの「その他施設の運営に関する重要事項」として、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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい。 〕	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(25) 勤務体制の確保等	① 入所者に対し、適切な指定介護福祉施設サービス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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第24条第1項 46号省令第24条第1項
	② 施設ごとに、原則として月ごとに勤務表(介護職員の勤務体制を2以上で行っている場合は、その勤務体制ごとの勤務表)を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の23の(1)
	③ 当該施設の従業者によって指定介護福祉施設サービスを提供しているか。 (ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。(調理業務、洗濯等))	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第24条第2項 46号省令第24条第2項
	④ 従業者に対しその資質の向上のための研修の機会を確保しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第24条第3項 46号省令第24条第3項

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(26)定員の遵守	⑤ 育児休業、産休等代替職員は確保されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第25条 46号省令第25条
	⑥ 職員の確保及び定着化について積極的に取り組んでいるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	① 指定介護老人福祉施設は、入所定員及び居室の定員を超えて入所させていないか。 ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	理由				
(27)非常災害対策	① 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通知及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行なっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第26条 46号省令第8条
(28)衛生管理	① 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、医薬品及び医療用具の管理を適正に行なっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第27条第1項 46号省令第26条第1項
	② 施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第27条第2項 46号省令第26条第2項
	ア 感染症及び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るか。 ※感染対策委員会は、幅広い職種（例えば施設長、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員）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するともに専任の感染対策担当者を決めておくこと。感染対策委員会は、入所者の状況など施設の状況に応じ、おおむね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随時開催する必要がある。 なお、施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが望ましいが、基準省令第35条第1項第三号に規定する事故発生防止のための委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が感染対策委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することとしても差し支えない。感染対策担当者は看護師であることが望ましい。また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第1号

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	<p>イ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を作成しているか。</p> <p>○平常時の対策 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等（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どのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目</p> <p>○発生時の対応 発生状況の把握 感染拡大の防止 医療機関や保健所、市町村等の関係機関等の連携 医療処置 行政への報告等</p> <p>○施設内の連絡体制や関係機関への連絡体制の整備 ※具体的には「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を参照のこと。 (http://www.nhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html)</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第2号
	<p>ウ 介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的実施しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育を年2回以上開催し、新規採用時には必ず感染対策研修を実施するとともに、研修内容を記録しているか。 調理や清掃などの業務を委託している場合は、委託先の者に対して、施設の指針が周知されているか。 	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第3号
	<p>エ 調理従事者の専用の消毒、手洗い設備はあるか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	「大規模食中毒対策等について（平成9年3月24日衛食第85号生活衛生局長通知） 別添「大量調理施設衛生管理マニュアル」
	<p>オ 給食関係者の検便（病原性大腸菌O-157の検査を含む。）は毎月実施されているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>カ 食器消毒を毎日実施しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>キ 食材及び食器の洗浄は十分に行われているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>ク 調理場、調理機器は清潔に保たれているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>ケ 水道水の色、濁り、においを毎日検査しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>コ 水道水を受水槽に貯める場合や井戸水等を殺菌・ろ過して使用する場合、残留塩素を始業前及び終業後に毎日検査しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考						
		適	否	非 該 当							
	サ 井戸水を使用している場合、「宮崎県飲用井戸等衛生対策要領」に基づく水質検査を実施しているか。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">検査年月日</td> <td style="width: 50%;">検 査 委 託 先</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	検査年月日	検 査 委 託 先	年 月 日		年 月 日		はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
検査年月日	検 査 委 託 先										
年 月 日											
年 月 日											
	シ 井戸水を飲料用として使用している場合、塩素系消毒器を設置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>							
	ス 鼠族昆虫の駆除は行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>							
	③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の25の(1)						
	④ インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、関係諸通知等に基づき、適切な措置を講じているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の25の(1)						
	⑤ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	46号省令第3条						
(29) 協力病院等	① 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第28条第1項 46号省令第27条第1項						
	② 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第28条第2項 46号省令第27条第2項						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">協力歯科医療機関名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	協力歯科医療機関名									
協力歯科医療機関名											
(30) 掲示	① 当該施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第29条						
(31) 秘密保持等	① 施設の従業者は、正当な理由がなく、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ないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第30条第1項 46号省令第28条第1項						
	② 施設の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第30条第2項 46号省令第28条第2項						

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考				
		適	否	非 該 当					
(32) 広告	③ 居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供するには、あらかじめ文書により入所者の同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第30条第3項				
	① 当該施設について広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていないか。 過去1年の広告の例 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第31条				
(33) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	① 居宅介護支援事業者又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を供与していないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第32条第1項				
	② 居宅介護支援事業者又はその従業者から、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ないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第32条第2項				
(34) 苦情処理	① その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必要な措置を講じているか。 対応の具体例・責任者 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">責任者(職名)</th> <th>対 応 の 具 体 例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	責任者(職名)	対 応 の 具 体 例			はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第33条第1項 46号省令第29条第1項
	責任者(職名)	対 応 の 具 体 例							
	② 苦情を受け付ける窓口を設置するほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、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苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、施設に掲示する等しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の29の(1)				
③ 指定介護老人福祉施設は、①の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第33条第2項 46号省令第29条第2項					
④ 指定介護老人福祉施設は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の29の(2)					

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	<p>⑤ その提供した指定介護福祉施設サービスに関し、法第23条の規定による市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。</p> <p>市町村指導の内容</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 年 月 日 </div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第33条第3項
	<p>⑥ 指定介護老人福祉施設は、市町村からの求めがあった場合には、⑤の改善の内容を市町村に報告しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第33条第4項
	<p>⑦ その提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第2号の規定による調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。</p> <p>国民健康保険団体連合会の指導内容</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 年 月 日 </div>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第33条第5項
	<p>⑧ 指定介護老人福祉施設は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、⑦の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第33条第6項

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
(35) 地域との連携等	① そ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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第34条第1項 46号省令第30条第1項
	② 指定介護老人福祉施設は、その運営に当たっては、提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第34条第2項 46号省令第30条第2項
(36) 事故発生時の対応	① 事故の発生又はその再発を防止するための措置を講じているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第35条第1項 46号省令第31条第1項
	ア 事故が発生した場合の対応、イに規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を作成しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第1号
	・介護事故の防止に関する基本的考え方 ・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 ・介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 ・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介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）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 ・介護事故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				
	イ 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が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第2号
	・介護事故等について報告するための様式の作成されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	・介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに上記の様式に従い報告されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	・事故発生防止のための委員会で上記報告された事例を集計し、分析されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	・報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	・防止策を講じた後に、その効果について評価しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	ウ 事故発生の防止のための委員会を定期的開催されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第3号
※事故発生の防止のための委員会は、幅広い職種（例えば施設長、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）					

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	<p>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するとともに専任の安全対策を担当する者を決めておくこと。事故発生の防止のための委員会は、施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、感染対策委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が事故防止検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。</p>				
	<p>エ 従業員に対する研修を定期的に行っているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	同条同項第3号
	<p>指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育を年2回以上開催し、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施するとともに、研修を内容記録しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の31の(4)
	<p>② 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第35条第2項 46号省令第31条第2項
	<p>③ 指定介護老人福祉施設は、②の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第35条第3項 46号省令第31条第3項
	<p>④ 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第35条第4項 46号省令第31条第4項
(37) 会計の区分	<p>① 指定介護福祉施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計と区分しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第36条
	<p>② 具体的な会計処理の方法については、「指定介護老人福祉施設に係る会計処理等の取扱いについて」や「介護保険の給付対象事業における会計区分について」に沿って適切に行われているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	43号通知第4の32
(38) 記録の整備	<p>① 従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第37条第1項 46号省令第9条第1項
	<p>② 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に関する下記記録を整備し、その完結の日から2年間保存しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設サービス計画 ・ 第39号省令第8条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録 ・ 第39号省令第11条第5項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、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の記録 ・ 第39号省令第20条に規定する市町村への通知に係る記録 ・ 第39号省令第33条第2項に規定する苦情の内容等の記録 ・ 第39号省令第35条第3項に規定する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 	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	39号省令第37条第2項 46号省令第9条第2項

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	<p><整備しておくべき記録></p> <p>(1) 運営に関する記録 ア 事業日誌 イ 沿革に関する記録 ウ 職員の勤務状況、給与等に関する記録 エ 条例、定款及び施設運営に必要な諸規程 オ 重要な会議に関する記録 カ 月間及び年間の事業計画及び事業実施状況表 キ 関係官署に対する報告書等の文書綴</p> <p>(2) 入所者に関する記録 ア 入所者名簿 イ 入所者台帳（入所者の生活歴、病歴、入所前の居宅サービスの利用状況、処遇に関する事項その他必要な事項を記録したもの） ウ 入所者の処遇に関する計画（施設サービス計画） エ 処遇日誌 オ 献立その他食事に関する記録 カ 入所者の健康管理に関する記録 キ 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に行った身体的拘束等の態様、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の記録 ク 行った処遇に関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録 ケ 入所者の処遇により事故が発生した場合の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</p> <p>(3) 会計経理に関する記録 ア 収支予算及び収支決算に関する書類 イ 金銭の出納に関する記録 ウ 債権債務に関する記録 エ 物品受払に関する記録 オ 収入支出に関する記録 カ 資産に関する記録 キ 証拠書類綴</p> <p>※特別養護老人ホームの運営に伴う収入及び支出は、経営主体である地方公共団体又は社会福祉法人の予算に必ず計上し、会計経理に当たっては、収支の状況を明らかにしておかなければならない。</p>				214号通知第1の8、9

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
(39)変更の届出	開設者の住所その他の厚生労働省令（介護保険法施行規則第135条）で定める事項に変更があった場合、10日以内に、その旨を知事に届け出ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	介護保険法第89条
	施設長に変更があった場合、変更の日から1ヶ月以内に、その旨を知事に届け出ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	社会福祉法第63条第1項
(40)入所者預り金	① 入所者預り金の管理に係る規程が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 印鑑及び通帳の保管は、それぞれ別の責任者を定め、別々の場所に保管されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	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、常に行える体制が確立されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 入所者等との保管依頼書（契約書）が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 個人別の出納帳が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 施設長は、定期的に入所者ごとの収支状況を確認しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 施設長は、定期的に預り金の収支残高を、入所者（家族）に報告しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(41)所持品(残置物)	① 入所契約の終了後、入所者等に対して所持品（残置物）の引き渡しを適正に行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	② 所持品（残置物）の引き渡しに関する記録が整備保存されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

IV 介護給付費の算定及び取扱い

記入者職氏名

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(1) 基本的事項	① 介護福祉施設サービスに要する費用の額は、平成12年厚生省告示第21号別表第一「指定施設サービス等介護給付費単位数表」により算定される額となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示の一
	② 介護福祉施設サービスに係る費用の額は、平成12年厚生省告示第22号（厚生大臣が定める一単位の単価）の別表第一に定める単位数を乗じて算定されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示の二
	③ ①②により介護福祉施設サービスに要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示の三
	④ 施設基準に従い、入所者の要介護状態区分に応じて適切に算定しているか。（別表を参照すること。）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注1、注2 26号告示の二十八
(2) 夜勤職員基準	① 夜勤職員の勤務条件に関する基準を満たしていない場合は、97/100で算定しているか。 （夜勤職員基準） (1) ユニット型以外の場合 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が次のとおりであること。 (一) 指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数（以下「合計入所者数」という。）が25以下の場合 1以上 (二) 合計入所者数が26以上60以下の場合 2以上 (三) " 61以上80以下の場合 3以上 (四) " 81以上100以下の場合 4以上 (五) 101以上の場合 4に合計入所者数が100を超えて25又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上 (2) ユニット型の場合 2のユニットごとに夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注1、注2 29号告示の一のイ(1)、ロ(1) 29号告示の一のイ(2)、ロ(2)
	(3) 定員超過又は人員欠如による減算	① 月平均の入所者の数（小数点以下切り上げ）が運営規程に定められている入所定員を超えている場合又は介護職員、看護職員若しくは介護支援専門員の員数が基準を満たしていない場合は、70/100で算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(4) ユニットケアに関する減算	<p>① ユニット型介護福祉施設サービス費を算定する場合は、次の基準を満たしていない場合は、97/100で算定しているか。</p> <p>イ 日中については、1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すること。</p> <p>ロ 1ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。</p> <p>注1) ただし、ロについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員を2名以上配置し、研修受講者を配置するユニット以外のユニットでは、ユニットケアに責任を持つ職員（研修受講者以外でも可）を決めておくことで足りる。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	<p>21号告示別表の1のイ及びロの注3</p> <p>26号告示の二十九で準用する同告示の六</p> <p>老企40号 第二 5 (6) 43号通知 第五 10 (2)</p>
(5) 身体拘束廃止取組未実施の減算	<p>① 身体拘束廃止取組に係る以下の基準を満たしていない場合は、事実が生じた月の翌月から▲5単位/日×人で算定しているか。</p> <p>イ 身体拘束等を行う場合（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を除き行ってはならない。）には、その態様及び時間、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なければならない。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	<p>21号告示別表の1のイ及びロの注4</p> <p>25号告示の三十八</p> <p>老企40号 第二 5 (7)</p>
(6) 日常生活継続支援加算 (22単位/日)	<p>① 入所者の総数のうち要介護4・5の者が65%以上、又は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入所者（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者）が60%以上であるか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	<p>21号告示別表の1のイ及びロの注5</p> <p>26号告示の四十で準用する同告示の三十二</p>
	<p>② 介護福祉士の数が、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一以上であるか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	27号告示 十一
	<p>③ 定員、人員基準に適合しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	老企40号 第二 5 (8)
	<p>④ 要介護4・5の者の割合及び、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入所者の割合について、毎月において直近3月の間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上となっているか。また、これらの割合について、毎月記録しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	36号通知 第一 1 5
	<p>⑤ 介護福祉士の員数について、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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>⑥ ④の割合又は⑤の員数が、所定の割合又は必要な員数を満たさなくなった場合に、速やかに届出をしているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	<p>⑥ サービス提供体制強化加算を算定していないか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	要件1：(B)が要介護4・5の場合は(F)が65%以上、認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの場合は(F)が60%以上	1月前	2月前	3月前	
	入所者数（直近3月間の各月の末日現在）(A)	人	人	人	
	(A)のうち要介護4・5の入所者(B)	人	人	人	
	(A)のうち認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの入所者(B)	人	人	人	
	(B)／(A)＊100	% (C)	% (D)	% (E)	
	((C) + (D) + (E)) / 3				% (F)
	要件2：直近3月間の各月において (L) ≥ (H)	1月前	2月前	3月前	
	入所者数（当該年度の前年度の全入所者の延数を当該年度の日数で除した数）(G)				人
	(C)／6（端数切り上げ）(H)				人
	介護福祉士の員数 （直近3月間の各月の員数（常勤換算方法による））	人(I)	人(J)	人(K)	
	((I) + (J) + (K)) / 3				人(L)
(7) 看護体制加算 (I)イ (6単位/日)	① 看護体制加算(I)イについて以下の基準を満たしているか。 1 入所定員が31人以上50人以下であること。 2 常勤の看護師を1名以上配置していること。 3 定員、人員基準に適合していること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注6 26号告示の四十一 27号告示 十一
(I)ロ (4単位/日)	② 看護体制加算(I)ロについて以下の基準を満たしているか。 1 入所定員が30人又は51人以上であること。 2 ①の2及び3に該当するものであること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(II)イ (13単位/日)	③ 看護体制加算(II)イについて以下の基準を満たしているか。 1 ①1に該当するものであること。 2 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、39号省令に規定する数に1を加えた数以上であること。 3 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ること。 4 定員、人員基準に適合していること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(II)ロ (8単位/日)	④ 看護体制加算(II)ロについて以下の基準を満たしているか。 1 ②1に該当するものであること。 2 ③2から4までに該当するものであること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考											
		適	否	非該当												
	⑤ 指定短期入所生活介護の事業所を併設している場合、指定短期入所生活介護とは別に看護職員を配置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	老企40号 第二 5 (9)											
	⑥ 特別養護老人ホームの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つては、指定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を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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>												
	⑦ 「24時間連携体制」については、施設内で勤務することを要するものではないが、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び出しに応じて出勤する体制となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>												
	⑧ 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>												
	⑨ 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）がなされているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>												
	⑩ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、⑧及び⑨の内容が周知されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>												
	⑪ 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>												
	届出項目 1 看護体制加算(I)イ 2 看護体制加算(I)ロ 3 看護体制加算(II)イ 4 看護体制加算(II)ロ															
	定 員 人 入所者数 人															
	看護職員の状況 ※併設施設とは、要別配置															
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">看護師</td> <td>常勤</td> <td>人(a)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(a)を除く看護師常勤換算</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>常勤換算</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>保健師</td> <td>常勤換算</td> <td>人</td> </tr> </table>	看護師	常勤	人(a)		(a)を除く看護師常勤換算		人	准看護師	常勤換算	人	保健師	常勤換算	人		
看護師	常勤		人(a)													
	(a)を除く看護師常勤換算		人													
准看護師	常勤換算	人														
保健師	常勤換算	人														
	連携する病院・診療所・訪問看護ステーション名															
	24時間常時連絡できる体制を整備している。	有	無													

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考	
		適	否	非 該 当		
(8) 夜勤職員配置加算 (I)イ (22単位/日) (I)ロ (13単位/日) (II)イ (27単位/日) (II)ロ (18単位/日)	① 夜勤職員配置加算(I)イについて以下の区分に該当しているか。 1 ユニット型以外を算定。 2 定員31人以上50人以下（一部ユニット型は31人以上かつユニット以外の定員50人以下） 3 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準（29号告示 五 イ（1）で準用する同告示 一 ロ（1））を1以上上回っている。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注7 29号告示 五 ハ	
	② 夜勤職員配置加算(I)ロについて以下の区分に該当しているか。 1 ユニット型以外を算定。 2 定員30人又は51人以上（一部ユニット型は、定員30人又はユニット以外の定員51人以上）。 3 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準（29号告示 五 イ（1）で準用する同告示 一 ロ（1））を1以上上回っている。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	③ 夜勤職員配置加算(II)イについて以下の区分に該当しているか。 1 ユニット型を算定。 2 定員31人以上50人以下（一部ユニット型は、定員31人以上かつユニットの定員50人以下）。 3 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準（29号告示 五 イ（2）で準用する同告示 一 ロ（2））を1以上上回っている。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	④ 夜勤職員配置加算(II)ロについて以下の区分に該当しているか。 1 ユニット型を算定。 2 定員30人又は51人以上（一部ユニット型は、定員30人又はユニット部分の定員51人以上）。 3 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準（29号告示 五 イ（2）で準用する同告示 一 ロ（2））を1以上上回っている。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		
	⑤ 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し、小数点第3位以下は切り捨て、算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		老企40号 第二 5（10）
	⑥ 一部ユニット型指定介護老人福祉施設においては、ユニット部分とそれ以外の部分のそれぞれに区分して加算の算定の可否を判断することとし、ユニット部分については加算(II)イ又はロを、ユニット部分以外については加算(I)イ又はロを、それぞれ算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>		

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考																																																																										
		適	否	非 該 当																																																																											
	<p>⑦ 指定短期入所生活介護の事業所を併設している場合又は特別養護老人ホームの空床において指定短期入所生活介護を行っている場合にあつては、指定短期入所生活介護の利用者数と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」とした場合に必要な夜勤職員の数を1以上上回って配置した場合に、加算を行っているか。</p> <p>夜勤時間帯 (:) ~ 翌 (:)</p> <p>※22:00～翌5:00を含めた連続する16時間で事業所・施設で定めたもの。</p> <table border="1"> <tr> <td>本体特養の平均入所者数 (※空床短期入所含む)</td> <td>併設型短期入所の 平均利用者数</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>○ユニット以外部分用</p> <p>夜勤時間帯における延夜勤時間数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>勤務の種別</th> <th>勤務時間</th> <th>内、夜勤時間帯における勤務時間数 (A)</th> <th>当該月内の勤務延回数 (B)</th> <th>(A) × (B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">延夜勤時間数 →</p> <p>延夜勤時間数 当該月の日数 1日平均夜勤職員数</p> <p> <input type="text"/> ÷ (<input type="text"/> × 16) = <input type="text"/> ※小数点第3位切り捨て </p> <p>○ユニット以外部分用</p> <p>夜勤時間帯における延夜勤時間数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>勤務の種別</th> <th>勤務時間</th> <th>内、夜勤時間帯における勤務時間数 (A)</th> <th>当該月内の勤務延回数 (B)</th> <th>(A) × (B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(:) ~ (:)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">延夜勤時間数 →</p> <p>延夜勤時間数 当該月の日数 1日平均夜勤職員数</p> <p> <input type="text"/> ÷ (<input type="text"/> × 16) = <input type="text"/> ※小数点第3位切り捨て </p>	本体特養の平均入所者数 (※空床短期入所含む)	併設型短期入所の 平均利用者数			勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯における勤務時間数 (A)	当該月内の勤務延回数 (B)	(A) × (B)		(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)				勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯における勤務時間数 (A)	当該月内の勤務延回数 (B)	(A) × (B)		(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)					(:) ~ (:)				はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
本体特養の平均入所者数 (※空床短期入所含む)	併設型短期入所の 平均利用者数																																																																														
勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯における勤務時間数 (A)	当該月内の勤務延回数 (B)	(A) × (B)																																																																											
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯における勤務時間数 (A)	当該月内の勤務延回数 (B)	(A) × (B)																																																																											
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
	(:) ~ (:)																																																																														
(9) 準ユニットケア加算 (5単位/日)	① 12人を標準とする準ユニットにおいて介護福祉施設サービスを行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注8																																																																										

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	<p>② 入所者のプライバシーの確保に配慮した個室のなしつらえを整備するとともにユニットごとに利用できる共同生活室を設けているか。</p> <p>※ 「入所者のプライバシーの確保に配慮した個室」とは、可動でないもので隔てることまでを要しないが、視線が遮断されることを前提とする。建具による仕切は認めるが、家具やカーテンによる仕切りでは不可。また、天井から隙間が空いていることは認める。</p> <p>※ 1人当たりの面積基準としては、4人部屋に中廊下を設けて居室を仕切るなど様々な工夫が考えられることから、仕切られた空間についての1人当たり面積基準は設けず、多床室全体として1人当たりの面積基準を満たしていれば足りることとする。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	26号告示の四十三で準用する同告示の三十四 老企40号 5 (11)
	③ 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 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が夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 準ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(10) 個別機能訓練加算 (12単位/日)	<p>① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置しているか。(入所者数が100を超える場合は、これに加えて、機能訓練指導員が、常勤換算方法で、入所者数を100で除した数以上配置されているか。) また、当該加算について届出をしているか。</p> <p>② ①の機能訓練指導員は、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いずれかであるか。</p> <p>③ 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るか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注9 老企40号第二 5 (13) で準用する同通知第二 4 (2)
(11) 若年性認知症入所者受入加算 (120単位/日)	① 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注10 25号告示 二十七 老企40号第二 5 (12) で準用する同通知第二 2 (12)

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考				
		適	否	非該当					
(12) 常勤の医師の配置加算 (25単位/日)	① 常勤医師配置加算の届出をしているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注11				
	② 入所者の数が100人以下の施設であって常勤医師配置加算の届出をしている施設にあつては、専ら当該施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
	③ 入所者の数が100人を超える施設であって常勤医師配置加算の届出をしている施設にあつては、専ら当該施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置し、かつ、医師を常勤換算の方法で入所者の数を100で除した数以上配置しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">常勤医師の氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師の常勤換算数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table>	常勤医師の氏名		医師の常勤換算数	人				
常勤医師の氏名									
医師の常勤換算数	人								
(13) 精神科医による療養指導加算 (5単位/日)	① 精神科医療養指導加算を算定する施設にあつては、認知症である入所者が全体の1/3以上となっているか。また、精神科医による定期的な療養指導が月に2回以上行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注12				
	② 精神科医療養指導加算に係る精神科を担当する医師は、常勤医師配置加算を算定する専従常勤の医師と同一の医師でないか。(同一の医師により、常勤医師配置加算及び精神科医療養指導加算を重複して算定することはできない。)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	老企40号 第二 5 (14)				
	③ 施設の配置医師(常勤医師配置加算を算定する医師を除く。)が精神科療養指導を担当する医師を兼ねる場合は、月6回以上療養指導が行われているか。(4回以下の場合は加算を算定しない。)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
	④ 入所者に対して行った療養指導の記録が残されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>					
(14) 障害者生活支援体制加算 (26単位/日)	① 障害者生活支援体制加算を算定する施設にあつては、視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者(以下「視覚障害者等」という。)である入所者の合計数が15以上となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注13 23号告示の三十五で準用する同告示の二十八				
	② 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が1名以上(視覚障害者等である入所者数が50を超える場合は、常勤の障害者生活支援員1名以上かつ常勤換算方法で視覚障害者等である入所者数を50で除した数以上)配置されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	23号告示の三十六で準用する同告示の二十九 老企40号 第二 5 (15)				

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	③ 障害者生活支援員は、次に掲げる障害の区分に応じ、それぞれ次に掲げる者であるか。 イ 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 ロ 視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 ハ 知的障害 知的障害者福祉法第14各号に掲げる業務のいずれかに該当する者又はこれに準ずる者 i) 社会福祉法に定める社会福祉主事たる資格を有する者であつて、知的障害者の福祉に関する事業に2年以上従事した経験を有する者 ii) 大学において、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者 iii) 医師 iv) 社会福祉士 v) 知的障害者の福祉に関する事業に従事する職員を養成する学校その他の施設で厚生労働大臣の指定するものを卒業した者 vi) 前各号に準ずる者であつて、知的障害者福祉司として必要な学識経験を有するもの	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(15) 入院・外泊の扱い (246単位/日)	① 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日につき所定単位数(246単位)を算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のイ及びロの注14 老企40号 第二 5 (16)
	② 入院又は外泊の初日及び最終日について算定されていないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合に、入院日以降の外泊費用を算定していないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 入院又は外泊時の費用の算定期間中に、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用していないか。また、利用者の同意を得て、そのベッドを短期入所生活介護に活用する場合に、入院又は外泊時の費用を算定していないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 外泊の期間中に当該入所者に対して他の居宅介護サービス費が算定されていないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 「入院」の場合は、必要に応じて、入退院の手続や家族等への連絡調整、情報提供などが行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(16) 従来型個室の取扱 ※従来型個室に入室する場合でも、一定の要件があれば、従来型個室よりも高い多床室の報酬が算定できる。	① 平成17年9月30日において従来型個室（ユニットに属する個室以外の個室）に入所している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入所するもの（平成17年9月1日から9月30日までの30日間において、特別な室料を支払っていない者に限る。）に対しては、介護福祉施設サービス費(Ⅱ)、小規模介護福祉施設サービス費(Ⅱ)、旧措置入所者介護福祉施設サービス費(Ⅱ)、又は小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費(Ⅱ)が算定されているか。 ※ 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した場合は、当該措置の対象とならない。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表1のイ及びロの注15、注16 23号告示の三十七 26号告示の四十三で準用する同告示の三十五 老企40号 第二 5 (19)
	② 以下のいずれかに該当する者に対しては、介護福祉施設サービス費(Ⅱ)、小規模介護福祉施設サービス費(Ⅱ)、旧措置入所者介護福祉施設サービス費(Ⅱ)、又は小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費(Ⅱ)が算定されているか。 イ 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日以内であるもの ロ 別に厚生労働大臣が定める基準（1人当たりの居室面積が10.65㎡以下であること。）に適合する従来型個室に入所する者 ハ 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	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(17) 初期加算 (30単位/日)	① 初期加算を算定する場合（30日を超える入院後の再入所の際に算定する場合を含む。）は、入所日（又は再入所日）から起算して30日以内の期間であるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のハの注 老企40号 第二 5 (17)
	② 「入所日から30日間」中の外泊に初期加算を算定していないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 初期加算は入所者が当該施設に過去3月間（自立度判定基準でランクⅢ、Ⅳ又はMの者は過去1月間）入所したことがない場合に限り加算して算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 施設の併設又は空床利用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施設に入所した場合（退所した翌日に入所した場合を含む。）の初期加算は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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
(18) 退所時等 相談援助加算 ア 退所前後訪問 相談援助加算 (460単位/1回)	① 退所前後訪問相談援助加算を算定する場合は、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入所者が退所後生活する居宅（病院、診療所及び介護保険施設を除く他の社会福祉施設等を含む。以下同じ。）を訪問して当該入所者及びその家族に対して退所後の居宅サービス等について相談援助が行われているか。また、退所後30日以内に居宅を訪問し、当該入所者及びその家族に対して相談援助が行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1の2の注1 老企40号 第二 5 (18) ①
	② ①の居宅を訪問する職員は、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であるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 退所前後訪問相談援助加算は、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場合は2回）、退所後1回（退所後30日以内に限り）を限度として算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 入所中に2回の訪問相談援助を行う場合は、1回目は退所を念頭においた施設サービス計画策定に当たって行われ、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 入所中の退所前訪問相談援助加算は退所日に、退所後の訪問相談援助加算は訪問日に算定されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 次の場合に算定していないか。（算定不可） ・退所して病院又は診療所へ入院する場合 ・退所して他の介護保険施設へ入院（所）する場合 ・死亡退所の場合	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 相談援助は介護支援専門員、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 訪問相談援助は入所者、家族等のいずれにも行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑨ 相談援助実施日及びその内容の要点が記録されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
イ 退所時相談援助加算 (400単位/1回)	① 退所時相談援助加算を算定する場合は、入所期間が1月を超える入所者が退所する場合に、退所時に当該入所者及びその家族に対して退所後の居宅（病院、診療所及び介護保険施設を除く他の社会福祉施設等を含む。以下同じ。）における居宅サービス等について相談援助が行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1の2の注2 老企40号 第二 5 (18) ②
	② 入所者の同意を得て、退所から2週間以内に、市町村及び老人介護支援センター（又は地域包括支援センター）に対して、介護状況を示す文書を添えて情報提供しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	③ 入所者1人につき1回を限度として算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 退所時相談援助の内容は、次のようなものであるか。 a 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 b 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 c 家屋の改善に関する相談援助 d 退所する者の介助方法に関する相談援助	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 次の場合に算定していないか。(算定不可) a 退所して病院又は診療所へ入院する場合 b 退所して他の介護保険施設へ入院(所)する場合 c 死亡退所の場合	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 相談援助は介護支援専門員、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 訪問相談援助は入所者、家族等のいずれにも行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 相談援助実施日及びその内容の要点が記録されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
ウ 退所前連携加算 (500単位/1回)	① 退所前連携加算を算定する場合は、入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、入所者が希望する居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービス等の利用上必要な調整を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のニの注3 老企40号 第二 5 (18) ③
	② ①の場合に、当該入所者の希望する居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、当該入所者の同意を得て、介護状況を示す文書を添えて情報提供が行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 入所者1人につき1回に限り、退所日に算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 退所前連携実施日及びその内容の要点が記録されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 次の場合に算定していないか。(算定不可) a 退所して病院又は診療所へ入院する場合 b 退所して他の介護保険施設へ入院(所)する場合 c 死亡退所の場合	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 相談援助は介護支援専門員、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者について退所前連携加算を算定する場合は、最初に在宅期間に移るときに限り算定されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
(19) 栄養マネジメント加算 (14単位/日)	① 次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人福祉施設について、1日につき所定単位(14単位)を加算しているか。 イ 常勤の管理栄養士を1名以上配置しているか。 ロ 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の者が共同して、入院患者ごとの摂食・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るか。 ハ 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、入院患者の栄養状態を定期的に記録しているか。 ニ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。 ホ 定員、人員基準に適合しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のホの注 25号告示の二十八
	② 栄養ケア・マネジメントは、入所者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われるとともに、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	老企40号 第二 5 (20)
	③ 調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されていないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護保険施設の栄養ケア・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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 栄養スクリーニング(入所者ごとの低栄養状態のリスクを、施設入所時に把握すること)が適切に行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 栄養アセスメント(栄養スクリーニングを踏まえ、入所者ごとの解決すべき課題を把握すること)が適切に行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 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、栄養ケア計画が作成されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 栄養ケア計画には、次の事項が記載されているか。 イ 栄養補給に関する事項(栄養補給料、補給方法等) ロ 栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等) ハ 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等	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑨ 作成した栄養ケア計画について栄養ケア・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、同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑩ 栄養ケア計画に基づき、入所者ごとに栄養ケア・マネジメントが実施されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	⑪ 栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法、関連職種が共同して取り組むべき事項等の見直しの必要性等）があった場合に直ちに栄養ケア計画を修正しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑫ 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実施しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑬ 入所者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれ適切な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モニタリングの間隔を記載しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑭ モニタリング間隔は、次により設定しているか。 イ 低栄養状態のリスクが高い者及び栄養補給方法の変更（経管栄養法から経口栄養法への変更等）の必要性がある者については、概ね2週間ごと ロ 低栄養状態のリスクが低い者については、概ね3月ごと	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑮ 低栄養状態のリスクが低い者を含め、月に1回以上、体重を測定するなど、入所者の栄養状態の把握を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑭ 入所者ごとに、概ね3月を目途として、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、栄養ケア計画を見直しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑮ 第39号省令第8条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を記録する場合には、当該記録に定期的に記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	第39号省令第8条
	⑯ 栄養マネジメント加算は、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(20) 経口移行加算 (28単位/日)	① 定員、人員基準に適合しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のへの注1、注2
	② 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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	25号告示の二十九 老企40号 第二 5 (21)
	③ 対象者は、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が必要であるとして、医師の指示を受けた者であるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 栄養マネジメント加算を算定している入所者については、経口移行計画を栄養ケア計画と一体のものとして作成しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	⑤ 経口移行計画については、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行っているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 経口移行加算は、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日以内の期間に限り、1日につきそれぞれ所定単位数（28単位）を加算しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑨ 入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日を超えた期間に行われた場合に経口移行加算を算定するときは、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が必要とされるものに対して行われるものであるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑩ ⑨により、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日を超えた期間に行われた場合に経口移行加算を算定するときは、概ね2週間ごとに医師の指示を受けているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑪ 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ることから、次のイからニまでについて確認した上で実施されているか。 イ 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。） ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。 ハ 嚥下反射がみられること（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。） ニ 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。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑫ 経口移行加算を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を実施した場合に、当該加算を算定していないか。（算定不可）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(21) 経口維持加算 経口維持加算Ⅰ (28単位/日) 経口維持加算Ⅱ (5単位/日)	① 25号告示の三十に定める以下の基準に適合する施設であるか。 イ 定員、人員基準に適合しているか。 ロ 入所者の摂食又は嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。 ハ 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。 ニ 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がなされていること。 ホ ロからニまでについて医師、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実施するための体制が整備されていること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のトの注1、注2 25号告示の三十 老企40号 第二 5 (22)
	② 医師の指示に基づき、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摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに入所者の摂食・嚥下機能に配慮し、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るか。 ※ ただし、栄養マネジメント加算を算定している入所者については、栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ 経口維持計画については、栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 経口維持計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理を行っているか。 ※ 特別な栄養管理とは、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のことをいう。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 次に掲げる区分に応じ、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日につきそれぞれ所定単位数を加算しているか。 イ 経口維持加算(Ⅰ) 経口により食事を摂取する者であって、著しい摂食障害を有し造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められるものを対象とするもの 28単位 ロ 経口維持加算(Ⅱ) 経口により食事を摂取する者であって、接食機能障害を有し誤嚥が認められるものを対象とするもの 5単位	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 経口維持加算(Ⅰ)を算定する場合の対象者は、現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められることから、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、医師の指示を受けているか。 ※ 造影撮影、内視鏡検査とは、老人以下診療報酬点数表中の次の方法で行う。 ○ 造影撮影 …… 造影剤使用撮影 ○ 内視鏡検査 …… 喉頭ファイバースコープ	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	⑦ 経口維持加算(Ⅱ)を算定する場合の対象者は、現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められることから、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、医師の指示を受けているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 経口維持加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理により、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した日までの期間となっているか。また、その期間は入所者又はその家族の同意が得られた日から起算して180日以内の期間であるか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑨ 入所者又は家族の同意が得られた日から起算して180日を超えて経口維持加算(Ⅰ)を算定する場合にあつては、次の要件を全て満たしているか。 イ 造影撮影又は内視鏡検査により、引き続き、誤嚥が認められること。 ロ 継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理が必要であるものとして、概ね2週間ごとに医師の指示がなされていること。 ハ 当該特別な栄養管理を継続することについて、入所者の同意が得られていること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑩ 入所者又は家族の同意が得られた日から起算して180日を超えて経口維持加算(Ⅱ)を算定する場合にあつては、次の要件を全て満たしているか。 イ 水飲みテスト等により、引き続き誤嚥が認められること。 ロ 継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理が必要であるものとして、概ね2週間ごとに医師の指示がなされていること。 ハ 当該特別な栄養管理を継続することについて、入所者の同意が得られていること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑪ 経口維持加算を算定する場合において経口移行加算を算定していないか。(同時算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑫ 経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合において経口維持加算(Ⅱ)の両方を算定していないか。(同時算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑬ 入所者に誤嚥が発生した場合の管理体制(食事の中止、十分な排痰、医師への報告等が迅速に行われる体制)が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
(22) 口腔機能維持管理加算 (30単位/月)	① 定員、人員基準に適合しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のチの注
	② 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法等、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のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	25号告示の三十一 老企40号 第二 5 (23)
	③ ①の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されているか。 イ 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 ロ 当該施設における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ 当該施設と歯科医療機関との連携状況 ヘ 歯科医師の指示内容の要点（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。）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 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に行われているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(23) 療養食加算 (23単位/日)	① 次に掲げる基準のいずれにも適合するものとして県知事に届け出た施設において療養食を提供した場合に、1日につき所定単位数（23単位）を加算しているか。 イ 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ること。 ロ 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。 ハ 定員、人員基準に適合しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のリの注 25号告示の十四
	② 利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、次に掲げる療養食が提供された場合に算定しているか。 （療養食の内容） 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	老企40号 第二 5 (24)で 準用する同通知 第二 2 (13) 23号告示の三十八で準用 する同告示の十五

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	③ 療養食加算を算定する場合は、療養食の献立表が作成されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 療養食の個別の内容については、以下のとおりであるか。 イ 療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。 ロ 減塩食療法等について 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り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0g未満の減塩食をいうこと。ただし、平成21年9月30日までの間は従前の総量7.0g以下の減塩食でも認めるものとする。こと。 ハ 肝臓病食について 肝臓病食とは、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。）等をいうこと。 ニ 胃潰瘍食について 十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、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、療養食の加算が認められること。また、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等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。 ホ 貧血食の対象者となる入所者等について 療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、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する者であること。 ヘ 高度肥満症に対する食事療法について 高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMI（Body Mass Index）が35以上）に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができること。 ト 特別な場合の検査食について 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、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み食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。 チ 脂質異常症食の対象となる入所者等について 療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL-Cコレステロール値が140mg/dl以上である者又はHDL-Cコレステロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者であること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考							
		適	否	非該当								
(24) 看取り介護加算 死亡日以前4日以上30日以下 (80単位/日) 死亡日の前日及び前々日 (680単位/日) 死亡日 (1,280単位/日)	① 次の施設基準に適合しているものとして県知事に届け出ているか。 イ 常勤の看護師を1名以上配置し、当該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るか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">看護師</td> <td style="width: 40%;">常勤</td> <td style="width: 30%;">人</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>連携する病院・診療所・訪問看護ステーション名</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>「24時間連携体制」については、施設内で勤務することを要するものではないが、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び出しに応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"> i 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ること。 ii 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）がなされていること。 iii 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、i及びiiの内容が周知されていること。 iv 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ること。 <p>ロ 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対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ているか。</p> <p>ハ 看取りに関する職員研修を行っているか。</p> <p>ニ 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るか。</p>	看護師	常勤	人	連携する病院・診療所・訪問看護ステーション名				はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のヌの注 26号告示の四十四 23号告示の三十九で準用する同告示の三十二 老企40号 第二 5 (25)
	看護師	常勤	人									
連携する病院・診療所・訪問看護ステーション名												
② 看取り介護加算を算定する対象者は、以下の全ての基準に適合する入所者であるか。 イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者であること。 ロ 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者の介護に係る計画が作成されていること。 ハ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又はその家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われていること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>									

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	③ 「看取りに関する指針」について、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により定められているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 「看取りに関する指針」には、次の項目が盛り込まれているか。 イ 当該施設の看取りに関する考え方 ロ 終末期の経過（時期、プロセス毎）の考え方 ハ 施設において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢 ニ 医師や医療機関との連携体制 ホ 本人及び家族との話し合いや同意 ヘ 意思確認の方法 ト 職員の具体的対応等	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 看取り介護を直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間について算定されていないか。（算定不可）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であり、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定するが、この場合には、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、文書で同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 施設は、施設退所等の後も、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う必要があるが、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況を尋ねたときに、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、施設退所等の際に本人又は家族に対して説明し、文書にて同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 入所者が入院をし、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日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除き、看取り介護加算の算定は可能であるが、この場合に入院期間又は外泊期間についても看取り介護加算が算定されていないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑨ 入院若しくは外泊又は退所の当日について、当該日に所定単位数を算定する場合は看取り介護加算の算定が可能であるが、所定単位数を算定していない場合に看取り介護加算を算定していないか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑩ 本人又はその家族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、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	<p>⑪ 本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族等に連絡しても来てもらえないような場合であっても、看取り介護加算の算定が可能であるが、この場合は次の要件を満たしているか。</p> <p>イ 医師、看護師、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ことと認められること。</p> <p>ロ 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、内容等を記録するとともに、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が記載されていること。</p> <p>ハ 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ることから、施設としては、1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ること。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(25) 在宅復帰支援加算 (10単位/日)	<p>① 次に掲げる基準に適合する施設であるか。</p> <p>イ 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。以下「退所者」という。）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もの（入所期間が1月を超えていた者に限る。）の占める割合が100分の20を超えていること。</p> <p>ロ 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、記録していること。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のルの注 25号告示の三十二 老企40号 第二 5 (26)
	<p>② 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。</p> <p>※ 「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次の支援を行うこと。</p> <p>(1) 退所後の居宅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うこと。</p> <p>(2) 必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市長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すること。</p> <p>ロ 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業所に対して、入居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ること。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	③ 本人家族に対して次のような内容の相談援助を行っているか。 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助言 ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 在宅復帰支援機能加算を行った場合は、その算定根拠等の関係書類が整備されているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(26) 在宅・入所相互利用加算 (30単位/日)	① 在宅・入所相互利用加算の対象者は、次の要件をいずれも満たす者であるか。 イ 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入所期間（入所期間については、3月を限度とする。）を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に利用している者であること。 ロ 要介護3から要介護5までの者であること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のヲの注 23号告示の四十で準用する同告示の三十二 25号告示の三十三 老企40号 第二 5 (27)
	② 在宅において生活している期間中に介護支援専門員と入所が予定される介護福祉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ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	③ ②の介護に関する目標及び方針について、入所者又はその家族等に対して、当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	④ 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（入所期間は3月を限度とする。）について、文書による同意を得ているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑤ 在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑥ ⑤の支援チームは、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るか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ ⑥の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、記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非該当	
	<p>⑧ 対象者の入所期間1日につき所定単位数（30単位）を適正に加算しているか。</p> <p>※ なお、在宅・入所相互利用加算で複数人が利用する同一の個室とは、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室又は準ユニットケア加算を算定している個室的なしつらえを有している個室のいずれでもよいこと。</p> <p>また、平成18年3月31日までに多床室を活用して在宅・入所相互利用加算の対象となりうる事業を試行的に行っている施設において、同年4月1日以降も多床室を利用して在宅・入所相互利用を行う場合は、当該加算を算定して差し支えない。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
(27)認知症専門 ケア加算 認知症専門ケア 加算(Ⅰ) (3単位/日)	<p>① 認知症専門ケア加算(Ⅰ)を算定する場合、次の基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>イ 当該施設における入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する認知症の者（以下「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であるか。</p> <p>ロ 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあつては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあつては、1人に、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るか。</p> <p>ハ 当該施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	21号告示別表の1のワの注 25号告示の二十四 23号告示の四十一で準用する同告示の二十七号 老企第40号第二 5 (28)
認知症専門ケア 加算(Ⅱ) (4単位/日)	<p>② 認知症専門ケア加算(Ⅱ)を算定する場合、次の基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>イ ①の基準のいずれにも適合しているか。</p> <p>ロ 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者研修）を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。</p> <p>ハ 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定しているか。</p>	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考																								
		適	否	非 該 当																									
(28) サービス提供体制強化加算					21号告示別表の1のカの注																								
サービス提供体制強化加算(I) (12単位/日)	① サービス提供体制強化加算(I)を算定する場合、次のいずれにも適合しているか。 イ 当該指定介護老人福祉施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 ロ 定員、人員基準に適合していること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	25号告示の三十九で準用する同告示の十六号 老企第40号第二 5 (29)																								
サービス提供体制強化加算(II) (6単位/日)	② サービス提供体制強化加算(II)を算定する場合、次のいずれにも適合しているか。 イ 当該指定介護老人福祉施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。 ロ 定員、人員基準に適合していること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	36号通知 第一 1 5																								
サービス提供体制強化加算(III) (6単位/日)	③ サービス提供体制強化加算(III)を算定する場合、次のいずれにも適合しているか。 イ 指定介護老人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以上であること。 ロ 定員、人員基準に適合していること。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																									
	④ サービス提供体制強化加算(I)から(III)のいずれかの加算を算定している場合において、(I)から(III)のその他の加算を算定していないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																									
	⑤ サービス提供体制強化加算を算定している場合において、日常生活継続支援加算を算定していないか。(算定不可)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>																									
	<p>[加算 I] 介護福祉士等の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>介護職員の総数</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数</td> <td>人</td> <td>①に占める②の割合が50%以上。</td> </tr> </table> <p>[加算 II] 常勤職員の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>看護・介護職員の総数</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち常勤の者総数</td> <td>人</td> <td>①に占める②の割合が75%以上。</td> </tr> </table> <p>[加算 III] 勤続年数の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>サービスを直接提供する者の総数</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数3年以上の者の総数</td> <td>人</td> <td>①に占める②の割合が30%以上。</td> </tr> </table>	①	介護職員の総数	人		②	①のうち介護福祉士の総数	人	①に占める②の割合が50%以上。	①	看護・介護職員の総数	人		②	①のうち常勤の者総数	人	①に占める②の割合が75%以上。	①	サービスを直接提供する者の総数	人		②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数	人	①に占める②の割合が30%以上。				
①	介護職員の総数	人																											
②	①のうち介護福祉士の総数	人	①に占める②の割合が50%以上。																										
①	看護・介護職員の総数	人																											
②	①のうち常勤の者総数	人	①に占める②の割合が75%以上。																										
①	サービスを直接提供する者の総数	人																											
②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数	人	①に占める②の割合が30%以上。																										

事 項	チ ェ ッ ク 内 容 等	確 認 結 果			備 考
		適	否	非 該 当	
	⑥ 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。）の平均を用いているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑦ 平成22年度以降においては前年度の実績が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、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑧ 介護福祉士については、各月の末日時点で資格を取得している者となっているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑨ ⑦にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しているか。また、その割合について毎月記録しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑩ ⑨において、職員の割合が所定の割合を下回った場合について、速やかに届出をしているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑪ 勤続年数は、各月の前月末日時点における勤続年数としているか。 ※ ((例) 平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者。 ※ 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。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	
	⑫ 「指定介護福祉サービスを入所者に直接提供する職員」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算定しているか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>	

別表 介護福祉施設の報酬単位数表

従来型・ユニット型	旧措置の有無	施設規模 (定員)	居室の区分	算定すべき所定単位数の区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
(ユニット型以外)	旧措置入所者 以外	通常 (定員31人以上)	従来型個室	イ (1) (一) a 介護福祉施設サービス費(I)	589	660	730	801	871
			多床室	b 介護福祉施設サービス費(II)	651	722	792	863	933
		小規模 (定員30人以下)	従来型個室	(二) a 小規模介護福祉施設サービス費(I)	753	820	888	955	1,022
			多床室	b 小規模介護福祉施設サービス費(II)	815	882	950	1,017	1,084
	旧措置入所者	通常 (定員31人以上)	従来型個室	(2) (一) a 旧措置入所者介護福祉施設サービス費(I)	589	699		836	
			多床室	b 旧措置入所者介護福祉施設サービス費(II)	651	761		898	
		小規模 (定員30人以下)	従来型個室	(二) a 小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費(I)	753	857		988	
			多床室	b 小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費(II)	815	919		1,050	
ユニット型	旧措置入所者 以外	通常 (定員31人以上)	ユニット型個室	ロ (1) (一) a ユニット型介護福祉施設サービス費(I)	669	740	810	881	941
			" 準個室	b ユニット型介護福祉施設サービス費(II)	669	740	810	881	941
		小規模 (定員30人以下)	ユニット型個室	(二) a ユニット型小規模介護福祉施設サービス費(I)	820	887	955	1,022	1,089
			" 準個室	b ユニット型小規模介護福祉施設サービス費(II)	820	887	955	1,022	1,089
	旧措置入所者	通常 (定員31人以上)	ユニット型個室	(2) (一) a ユニット型旧措置入所者介護福祉施設サービス費(I)	669	769		906	
			" 準個室	b ユニット型旧措置入所者介護福祉施設サービス費(II)	669	769		906	
		小規模 (定員30人以下)	ユニット型個室	(二) a ユニット型小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費(I)	820	924		1,055	
			" 準個室	b ユニット型小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費(II)	820	924		1,055	

本チェックリストに関しては、確かに確認しました。

■ ■ ■ 確 認 者 ■ ■ ■

職 名	署 名	確認印	確 認 年 月 日
理事長			平成 年 月 日
監 事			平成 年 月 日
監 事			平成 年 月 日