介護老人保健施設自主点検表（併設短期入所療養介護・併設介護予防短期入所療養介護を含む）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | | 令和　　年　　月　　日（　） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 法人名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者（理事長）名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事 業 所 | 名称 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の区分 | □従来型　　　　　□ユニット型　　　　　□一部ユニット型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設 | | 定　員　　　　名 | | | | | | | 入所者数（前年度の平均値）　　　　　　名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設短期入所療養介護  (予防含む) | | 定　員　　　　名 | | | | | | | 利用者数（前年度の平均値）　　　　　　名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入(担当)者 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 自主点検表記載にあたっての留意事項

○チェック項目　　・該当するものにチェック**(☑)**をしてください。

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

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

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

第１ 基本方針

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| （従来型） | 施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活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とともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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ますか。 | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域や家庭と結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | □ | □ | □ |

第２ 人員に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １.医師 | 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 常勤の医師を１以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　常勤の医師を配置していない場合、複数の医師が勤務する形態であり、常勤換算方法で１人以上配置していますか。  ※常勤換算方法で１人以上配置する場合、そのうち一人は、入所者全員の病状等を把握し、施設療養全体の管理責任を持っており、入所者の処遇が適切に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　上記の施設で、兼務の医師は、日々の勤務体制が明確に定められていますか。 | □ | □ | □ |
| ２.薬剤師 | 実情に応じた適当数を配置していますか。  （入所者の数を300で除した数以上が標準） | □ | □ | □ |
| ３.看護職員又は介護職員 | 常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに１以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
| ※一部ユニット型の場合、ユニット部分と、ユニット部分以外の部分とで、それぞれ３：１の基準を満たす必要があります。 |
|  | 看護職員の員数は看護･介護職員の総数の７分の２程度、介護職員の員数は看護･介護職員の総数の７分の５程度となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 常勤職員を７割以上確保していますか。 | □ | □ | □ |
| ４.支援相談員 | １以上（入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員１名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上）配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、以下に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てていますか。  ①　入所者及び家族の処遇上の相談  ②　レクリエーション等の計画、指導  ③　市町村との連携  ④　ボランティアの指導 | □ | □ | □ |
| ５.理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置していますか。  ※常勤換算方法における勤務時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含まない。 | □ | □ | □ |
| ６.栄養士又は管理栄養士 | 入所定員100人以上の施設にあっては常勤の者を１人以上配置していますか。  （100人未満の施設においても常勤職員の配置に努めること。） | □ | □ | □ |
| ７.介護支援専門員 | 1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに１人を標準とする。）配置していますか。 | □ | □ | □ |
| 専らその職務に従事する常勤の者を１名以上配置していますか。  ※ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の業務に従事することは可能。 | □ | □ | □ |
| 上記の職員は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員との兼務を行わず、施設の業務のみを行っていますか。（増員にかかる非常勤の介護支援専門員については兼務することは可能） | □ | □ | □ |
| ８.調理員、事務員その他の従業者 | 施設の設置形態等の実情に応じた適当数を配置していますか。  ※　ただし、併設施設との職員の兼業や業務委託等により適切なサービス提供を確保できる場合は配置しなくても可能 | □ | □ | □ |
| ９．入所者の算定 | 従業者の員数算定のための入所者数は前年度の平均値としていますか。 | □ | □ | □ |
| 新規許可施設（事業の再開の場合を含む）は適正な推定数により算定していますか。  （６ヶ月未満はベッド数の90% 。６ヶ月以上1年未満は直近６月の平均入所者数。１年以上は直近１年間の平均入所者数） | □ | □ | □ |

第３　施設及び設備に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １．療養室 | 療養室の定員は４人以下となっていますか。 | □ | □ | □ |
| （従来型） | １人あたりの床面積は８㎡以上となっていますか。 | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | 療養室の定員は１人となっていますか。  ※ただし、入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合は２人とすることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 療養室の床面積は10.65㎡以上としていますか。  （平成17年10月１日現在、既存のユニットがある場合は（同日以降に改築した場合を除く）10.65㎡以上を標準とする。） | □ | □ | □ |
|  | ２人部屋がある場合は21.3㎡以上としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 療養室はいずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 1ユニットの入居定員はおおむね10人以下となっていますか。 | □ | □ | □ |
| ※ただし、敷地や建物の構造上の制約など特別の事情によりやむを得ない場合であって、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員15人までのユニットも認められる。 | □ | □ | □ |
| （共通） | 地階に設けてはいませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 寝台又はこれに代わる設備を備えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ナースコールを設けていますか。 | □ | □ | □ |
| ２．診察室  （共通） | 医師が診察を行うのに適切なものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ３．機能訓練室  （共通） | １㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械･器具を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ４．談話室  （従来型） | 入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめるよう、ソファー、テレビその他の教養娯楽設備等を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ５．食堂（従来型） | ２㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有していますか。 | □ | □ | □ |
| ６．共同生活室  **（ユニット型）** | いずれかのユニットに属するものとして、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有していますか。 | □ | □ | □ |
| 他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車いすが支障なく通行できる形状が確保されていますか。 | □ | □ | □ |
| １の共同生活室の床面積は、２㎡に当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としていますか。  （「標準とする」とは平成17年10月１日に現に存する介護老人保健施設が同日において現に有しているユニットにあっては、建物の構造や敷地上の制約など特別の事情によって当該面積を確保することが困難であると認められたときは上記面積未満であっても差し支えないという趣旨である。） | □ | □ | □ |
| 必要な設備及び備品を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ７．浴室  （共通） | 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| 一般浴槽のほか、特別浴槽を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| ８．レクリエーション・ルーム  （従来型） | レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えていますか。 | □ | □ | □ |
| ９．洗面所  （従来型） | 療養室のある階ごとに設けていますか。 | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | 療養室ごとに設けるか又は、共同生活室ごとに適当数設けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 身体の不自由な者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| 10.便所（従来型） | 療養室のある階ごとに設けていますか。 | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | 療養室ごとに設けるか又は、共同生活室ごとに適当数設けていますか。 | □ | □ | □ |
| （共通） | 身体の不自由な者が使用するのに適したものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 便所にはブザー又はこれに代わる設備、常夜灯が設置されていますか。 | □ | □ | □ |
| 11.サービス・ステーション  （共通） | 看護・介護職員が入所者のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接して設けていますか。 | □ | □ | □ |
| 12.調理室  （共通） | 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| 13.調剤所（共通） | 薬剤師が介護老人保健施設で調剤を行う場合には、設置していますか。 | □ | □ | □ |
| 14.廊下  （共通） | 幅は、片廊下1.8メートル以上、中廊下2.7メートル以上となっていますか。  ※　ユニット型においては、廊下の一部の幅を拡張することにより、入所者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には1.5メートル以上（中廊下にあっては、1.8メートル以上）として差し支えない | □ | □ | □ |
| 手すりを設けていますか。 | □ | □ | □ |
| 常夜灯を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| イス等を放置して、入所者の歩行の妨げとなっていませんか。 | □ | □ | □ |
| 15.消火設備等 | 消火設備、その他非常災害に際して必要な設備を設けていますか。 | □ | □ | □ |
| （共通） | 避難経路に物品を放置して避難の妨げとなっていませんか。 | □ | □ | □ |
| 16.その他 | 家庭的な雰囲気を確保するため、壁紙の工夫等に配慮していますか。 | □ | □ | □ |
| （共通） | 面積又は数の定めのない設備については、機能を十分に発揮しえる広さ又は数を確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設を併設医療機関等と共用する場合は、利用計画を定めて両施設の入所者への処遇に支障がないように配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 併設施設がある場合はそれぞれの表示が明確になっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ベッド柵を不用意に立てかけるなど、安全面で問題のある対応をしていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 破損した施設及び設備は必要な修理等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ナースコールは正常に動作していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 便所等の常夜灯や避難経路の非常灯が消えていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が転落する恐れのある窓に転落防止策を講じていますか。 | □ | □ | □ |
| (変更届の手続) | 専用区画に変更がある場合、速やかに変更届を提出していますか。  ※　変更した日から10日以内に提出すること。 | □ | □ | □ |

第４ 運営に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １．内容及び手続きの説明及び同意 | サービスの提供開始の際に、あらかじめ入所申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明し同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、日付、説明者及び利用申込者を漏れなく記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。  ※次の各事項の（　）内の事項で記載しているものに「□」に✓をすること。 | □ | □ | □ |
|  | ①運営規程の概要  　□開設者情報　　□施設情報　　□運営方針及び目的  　□定員　　□留意事項　　□非常災害対策  　□身体的拘束等原則禁止　□虐待防止措置 | □ | □ | □ |
|  | ②従業者の勤務体制  　□職種　　□基準人員数　　□実配置人員数  　□職務内容 | □ | □ | □ |
|  | ③利用料及びその他の費用  　□施設サービス費　　□加算関係　　□その他の費用  □居住費及び食費の負担限度額  □居住費の外泊時の取扱い　　 □消費税の課税の有無  　□その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き　□徴収方法 | □ | □ | □ |
|  | ④事故発生時の対応  　□連絡先（市町村）　　□連絡先（入所者の家族）  　□対応策　　□損害賠償 | □ | □ | □ |
|  | ⑤苦情処理の体制  　□施設内の処理体制及び連絡先  　□連絡先（国保連）　　□連絡先（指定権者） | □ | □ | □ |
|  | ⑥その他入所者の選択に役立つ事項  　※主な事項を記載  □協力病院（診療科目含む）  □協力歯科医療機関 | □ | □ | □ |
|  | 入所者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ２.提供拒否の禁止 | 正当な理由なくサービスの提供を拒んでいませんか。  ※正当とならない事例 → 要介護度、所得の多寡、ＭＲＳＡ、Ｂ型肝炎等  ※拒否せざるを得なかった事例とその対応 | □ | □ | □ |
| ３.サービス提供困難時の対応 | 入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じていますか。 | □ | □ | □ |
| ４.受給資格等の確認 | 被保険者証で、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮したサービス提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ５.要介護認定の申請に係る援助 | 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は、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、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ６.入退所 | その心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者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、居宅サービス等の利用状況等の把握に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の把握に当たっては、一律に診断書を求めるのではなく、主治医意見書や診療情報提供書等を活用して、入所申込者の負担軽減を図っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の心身の状況、病状、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少なくとも３月ごとに検討し、その内容等を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所に際して、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での療養に移行する必要があること、できるだけ面会に来ることが望ましいことを説明していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、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する情報の提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ７.サービス提供 | 当該入所者の被保険者証に次の事項を記載していますか。 |  |  |  |
| の記録 | ①入所年月日 | □ | □ | □ |
|  | ②介護保険施設の種類及び名称 | □ | □ | □ |
|  | ③退所年月日 | □ | □ | □ |
|  | サービスを提供した際には、サービスの提供日、提供した具体的な内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該記録は、サービス提供の日から５年間保存していますか。 | □ | □ | □ |
| ８.利用料等の受領 | 法定代理受領サービスに該当する介護老人保健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、当該介護保健施設サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該介護保健施設サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額について、公費負担対象となる入所者に対しては、当該公費負担の給付対象となる額を控除した額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該介護保健施設サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額について、高額介護サービス費の所得区分に応じた月額負担上限額を超える場合は、当該上限額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 法定代理サービスに該当しない介護老人保健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を設けていませんか。 | □ | □ | □ |
| （特別な療養室料） | 特別な療養室の定員は、１人又は２人となっていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該療養室の定員の合計数を運営規程に定められている入所者等の定員で除して得た数が、おおむね100分の50を超えていませんか。 | □ | □ | □ |
| 特別な療養室の１人当たりの床面積が８㎡以上ですか。 | □ | □ | □ |
| 特別な療養室の施設、設備等が、利用料のほかに特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払を入所者等から受けるのにふさわしいものですか。 | □ | □ | □ |
|  | 特別な療養室の提供が、入所者等への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われるものでないですか。 | □ | □ | □ |
|  | 特別な療養室の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実際の当該療養室の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。 | □ | □ | □ |
| （特別な食事料） | 通常の食事の提供に要する費用の額では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行うなど、必要な費用につき支払いを受けるにふさわしいものですか。 | □ | □ | □ |
|  | 医師との連携の下に管理栄養士または栄養士による入所者ごとの医学的及び栄養学的な管理が行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食堂、食器等の食事の提供を行う環境について衛生管理がなされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事を提供することによって特別な食事以外の食事の質を損なっていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事に係る利用料の額については、特別な食事を提供することに要した費用から通常の食事の額を控除した額とし、その額には消費税を含めた金額となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事の提供は、予め入所者又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入所者の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにすることとし、利用者等の意に反して特別な食事が提供されることのないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事業所等の見やすい場所に、以下に掲げる事項について掲示していますか。  ・事業所等において毎日、又は予め定められた日に予め希望した入所者等に対して、入所者が選定する特別な食事の提供を行えること。  ・当該食事の内容および料金 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事を提供する場合は、入所者の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事の提供に係る利用料の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実際の当該食事の提供に際しては、入所者又はその家族の希望によるものであって、それに係る同意を書面で得ていますか。 | □ | □ | □ |
| （居住費及び食費） | 負担限度額認定者については、居住費及び食費ともに、当該認定証に記載されている負担限度額の範囲内で徴収していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入院又は外泊している入所者のベッドを当該入所者に同意を得た上で短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護として利用している場合は、当該入所者から居住費を徴収していませんか。 | □ | □ | □ |
| 従来型個室に入所している入所者で、多床室に係る施設サービス費を算定する場合は、多床室にかかる居住費を徴収していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者から居住費及び食費ともに、負担限度額の範囲内で徴収する場合に、特定入所者介護サービス費（補足給付）と整合が図られていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 負担限度額認定者であるものの、居住費及び食費についていずれかを負担限度額の範囲内で徴収していない場合は、特定入所者介護サービス費（補足給付）を請求していませんか。 | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費） | 当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものですか。 | □ | □ | □ |
| 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複関係はないですか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目によるものでなく、費用の内訳を明らかにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、入所者又はその家族の自由な選択に基づいて行われるものであり、入所者又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、対象となる便宜及びその額を運営規程に定め、施設の見やすい場所に掲示されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の具体的な範囲は、以下のとおりとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ・入所者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  （一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品で、入所者等の希望を確認した上で提供されるものであり、入所者に対し、一律に提供し画一的に徴収することは認められない。） | □ | □ | □ |
| ・入所者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費（サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定され、利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用を当該費用として徴収することは認められない。） | □ | □ | □ |
|  | ・健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等） | □ | □ | □ |
|  | ・預り金の出納管理に係る費用 | □ | □ | □ |
|  | ・私物の洗濯代 | □ | □ | □ |
| （その他の日常生活費以外の費用） | 施設が行う便宜の供与であっても、保険給付の対象となっているサービス及び日常生活費等に係るサービスの提供と関係なく、利用者等がその嗜好又は個別の生活上の必要に応じて購入等を行うものについては、その他日常生活費と区分して受領していますか。 | □ | □ | □ |
| その他の日常生活費以外のものについても、入所者又はその家族の希望によるものであって、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※　「通所介護等における日常生活費に要する費用の取扱いについて（平成12年３月30日老企第54号）」参照 |  |  |  |
| 【領収書】 | 入所者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収書を交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 領収書には消費税の課税・非課税の区分、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 領収書には、医療費控除の対象となる額を明示して記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | □ | □ | □ |
| ９.保険給付の請求のための証明書の交付 | 法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供した介護保健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交付していますか。 | □ | □ | □ |
| 10.介護老人保健施設サービスの取扱方針（従来型） | 施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮していますか。 | □ | □ | □ |
| 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、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | 介護保健施設サービスは、入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者へのサービス提供に当たっては、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | １人１人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者の意向に関わりなく集団で行うゲームや、日常生活動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われないことをしていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者のプライバシーの確保に配慮して行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設の従業者は、当該施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| （身体拘束等の原則禁止） | サービス提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性を満たす場合）を除き、身体的拘束等その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 昨年度、今年度において、身体的拘束等を行ったことがありますか。 | □有・□無 | | |
|  | 【有の場合、どのような身体的拘束等を行いましたか。】 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・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。 | 件 | | |
|  | ・自分の意志で開けることができない居室等に隔離する。 | 件 | | |
|  | 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間等以下の事項を記録していますか。 |  |  |  |
|  | ①どのような身体的拘束等を行うか。 | □ | □ | □ |
|  | ②いつからいつまで身体的拘束等を行うか。（設定期間は概ね１月となっていますか。） | □ | □ | □ |
|  | ③その際の入所者の心身の状況はどのようであるか。 | □ | □ | □ |
|  | ④緊急やむを得ない理由 | □ | □ | □ |
|  | 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合、本人又はその家族に説明していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  【実施日】　　昨年度（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　 今年度（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ①幅広い職種により構成していますか。  □施設長（管理者）　□事務長　□医師 □看護職員　□介護職員  □支援相談員 その他（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ②構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、身体的拘束等の適正化対応策を行う専任の担当者を決めていますか。 担当者の職種（　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ③次の取組みを行っていますか。  イ　身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。  ロ　介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。  ハ　身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。  ニ　事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。  ホ　報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。  ヘ　適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。 | □ | □ | □ |
|  | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・次の内容が盛り込まれていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 | □ | □ | □ |
|  | ②　身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ③　身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ④　施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年２回以上）に実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 【研修参加・実施状況】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | |
|  |
|  | 新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか | □ | □ | □ |
|  | 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| 11.施設サービス計画の作成 | 施設サービス計画は入所後漏れなく遅滞なく作成されていますか。 | □ | □ | □ |
| 当該施設の管理者は、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員が漏れなく作成者となっていますか。 | □ | □ | □ |
| 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等によるサービス等の利用も含めて、施設サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。  ※当該地域の住民による入所者の話し相手、会食など。 | □ | □ | □ |
|  | 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ができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）していますか。 | □ | □ | □ |
|  | アセスメントに当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行っていますか。また、この場合において、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、下記の事項を記載した施設サービス計画原案を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①入所者及びその家族の生活に対する意向 | □ | □ | □ |
|  | ②総合的な援助の方針 | □ | □ | □ |
|  | ③生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | □ | □ | □ |
|  | ④サービスの目標及び達成時期  **※各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に記載していますか。**  **※当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行っていますか。** | □ | □ | □ |
|  | ⑤　サービスの内容（行事及び日課等も含む） | □ | □ | □ |
|  | ⑥　サービスを提供する上での留意事項等 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画の作成に当たっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めていますか | □ | □ | □ |
|  | サービス担当者会議の開催や各担当者への照会等により、施設サービス計画原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。  ※担当者とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び管理栄養士等の入所者の介護及び生活状況に関係する者を指します。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画原案について、入所者又はその家族に説明し、文書により同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サ－ビス計画を作成した際には、入所者に対して施設サービス計画を交付していますか。また、交付したことが分かるように記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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（継続的な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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実施状況の把握（モニタリング）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次のように行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①定期的に入所者に面接していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②定期的にモニタリングの結果を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が要介護更新認定や区分変更認定を受けた場合には、サービス担当者会議の開催や各担当者への照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画は、入所者の状態の変化等必要に応じて変更を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設サービス計画を変更する際にも計画作成同様の一連の手続きを行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 12.診療の方針 | 診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果もあげることができるよう適切な指導を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 常に入所者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又は家族に適切な指導を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 病状が安定している入所者であっても定期的に（少なくとも週１回程度）診察し、その結果を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 特殊な療法又は新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行っていませんか。  ※療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年３月厚生労働省告示第107号）第五に定める療法等 | □ | □ | □ |
|  | 別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方していませんか。  ※療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年３月厚生労働省告示第107号）第六に定める医薬品 | □ | □ | □ |
| 13.必要な医療の提供が困難な場合の措置等 | 入所者の病状からみて自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた時は、協力病院その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
| 不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させていませんか。 | □ | □ | □ |
| 入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 往診を求めた場合に、施設が負担すべき費用が医療保険で請求されないよう注意していますか。 | □ | □ | □ |
| 14．機能訓練 | 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者１人について、週２回程度の機能訓練を行っていますか。（集団リハビリテーションのみだけではなく、入所者の心身の状態を適切に評価した上で、必要なリハビリテーションを提供していますか。） | □ | □ | □ |
|  | 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、薬剤師、支援相談員、栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図っていますか。  ※施設サービス計画にリハビリテーション実施計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとのリハビリテーション実施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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していますか。 | □ | □ | □ |
| 15　栄養管理 | 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。  （令和３年度より栄養マネジメント加算を廃止し、基本サービスとして行うこととされた。） | □ | □ | □ |
|  | 厚労省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第４を参考に行うこと。 |  |  |  |
|  | 栄養管理について、以下の手順により行っていますか。 |  |  |  |
|  | ア　入所時における栄養スクリーニング  介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所者の入所後遅くとも１週間以内に、関連職種（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）と共同して低栄養状態のリスクを把握（栄養スクリーニング）していますか。   * 栄養スクリーニングは、別紙様式４－１の様式例を参考にすること。 | □ | □ | □ |
|  | イ　栄養アセスメントの実施  ①管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所者毎に解決すべき課題を把握（栄養アセスメント）していますか。  ※栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式４－１の様式例を参照すること。 | □ | □ | □ |
|  | ウ　栄養ケア計画の作成  ①管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、入所者の栄養補給、栄養食事相談、課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式４－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画を作成していますか。※必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参　　　　　考とすること。  ※施設サービス計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | ②管理栄養士は、サービス担当者会議に出席し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させていますか。また、栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | エ　入所（院）者及び家族への説明  介護支援専門員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を入所者又は家族に分かりやすく説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | オ　栄養ケアの実施  　　サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っていますか。また定期的に栄養状態を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | カ　モニタリングの実施  　　①下記の頻度でモニタリングを実施していますか。 |  |  |  |
|  | ・低栄養状態の低リスク者　　　おおむね３か月毎 | □ | □ | □ |
|  | ・低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行（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　　おおむね２週間毎 | □ | □ | □ |
|  | ②低リスク者を含め１か月毎に体重を測定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③栄養ケア計画の変更の必要性を判断し、モニタリングの記録は、別紙様式４－１の様式例を参照の上、作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | キ　再栄養スクリーニングの実施  介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを３カ月毎に実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ク　栄養ケア計画の変更  　　栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更をおこなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ケ　退所時の説明  退所時には、総合的な評価を行い、その結果を入所者又は家族に分かりやすく説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※　なお、当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和３年厚生労働省令第９号。以下「令和３年改正省令」という。）附則第８条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
| 16口腔衛生の管理 | (1)入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っていますか。（介護老人福祉施設においては、令和３年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスと行うこととされた。） | 口 | 口 | 口 |
|  | 口腔衛生の管理については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16 日老認発0316 第３号、老老発0316 第２号）第７を参照すること。 |  |  |  |
|  | (2)当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行っていますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  | (3)技術的助言及び指導に基づき、別紙様式７を参考に以下の事項を記載した入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成していますか。  イ 助言を行った歯科医師  ロ 歯科医師からの助言の要点  ハ 具体的方策  ニ 当該施設における実施目標  ホ 留意事項・特記事項  ※当該計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができる。 | 口 | 口 | 口 |
|  | ・技術的助言及び指導を踏まえ、必要に応じて定期的に当該計画を見直していますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  | (4)医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っていますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  | ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第９条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
| 17.看護及び医学的管理の下における介護**（従来型）** | 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行っていますか。 | □ | □ | □ |
| １週間に２回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきをしていますか。 | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 看護及び医学的管理の下における介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者の日常生活における家事を、入居者がその病状及び心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入所者に入浴の機会を提供していますか。  ※やむを得ない場合は、清しきを行うこともって入浴の機会の提供に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 入浴前に健康状態を適切に把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | おむつを使用せざるを得ない入所者について、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えていますか。 | □ | □ | □ |
| **（褥瘡対策）** | 褥瘡患者の状況　　　　年　　　月　　　日　現在　　名  うち、入所前から　　　　　名　　　　入所後発症　　名 |  |  |  |
|  | 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともにその発生を予防するために、例えば以下のような体制を整備していますか。 |  |  |  |
|  | 褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度の低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画を作成、実践並びに評価をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者(看護師が望ましい)を定めていますか。  担当職種（　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
| 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置していますか。  構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  開催頻度　　 　回/ 　年　・　月 | □ | □ | □ |
| 褥瘡対策のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 看護及び介護は適切に記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の負担により、施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせていませんか。 | □ | □ | □ |
| 18.食事の提供  **（従来型）** | 栄養並びに入所者の身体の状況、病状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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食事は入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | その際、共同生活室で食事を摂るよう強制していませんか。 | □ | □ | □ |
| **（共通）** | 栄養量は「日本人の食事摂取基準（2020年版）」を踏まえたものとなっていますか。 |  |  |  |
|  | ①　朝食、昼食は適切な時間に提供していますか。  ■・朝食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時  ・昼食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時 | □ | □ | □ |
|  | ②　夕食は午後６時以降（早くても午後５時以降）に配膳されていますか。  ■・夕食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時 | □ | □ | □ |
|  | 個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行っていますか、 | □ | □ | □ |
|  | 食事の提供状況（直近１ヶ月の１人１日当たり利用実人員）  ①  普通食　　　　　　人　　②　濃厚流動食　　　　人  ③  療養食　　　　　　人（療養食加算を算定している者）  ・糖尿病食　　　　人　・腎臓病食　　　　　人（心臓疾患に対する減塩食療法）  ・肝臓病食　　　　人　・胃潰瘍食　　　　　人  ・貧血食　　　　　人　・脂質異常症食　　　人  ・膵臓病食　　　　人　・痛風食　　　　　　人  ・特別な場合の検査食　　　　人 | □ | □ | □ |
|  | 調理は献立に従って行うとともに、実施状況が明らかにされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 病弱者に対する献立は必要に応じ、医師の指導を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 調理及び配膳に当たり、適切な衛生管理がなされていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食材及び調理済み食品を２週間分以上保存していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 調理職員等は定期的（月１回以上）に検便を行っていますか。（夏季は月２回が望ましい） | □ | □ | □ |
|  | 新規採用者の場合、調理業務従事前にも行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 業務委託している場合には、下記の項目について施設自らが行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①栄養管理 | □ | □ | □ |
|  | ②調理管理 | □ | □ | □ |
|  | ③材料管理 | □ | □ | □ |
|  | ④施設等管理 | □ | □ | □ |
|  | ⑤業務管理 | □ | □ | □ |
|  | ⑥衛生管理 | □ | □ | □ |
|  | ⑦労働衛生管理 | □ | □ | □ |
|  | 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食事内容について、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討を加えられていますか。 | □ | □ | □ |
| 19.相談及び援助 | 常に入所者の心身の状況、病状、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、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ますか。 | □ | □ | □ |
| 20.その他のサービスの提供  **（従来型）** | 適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うように努めていますか。 | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 療養室は、家族や友人が気軽に来訪・宿泊することができるように配慮していますか。 | □ | □ | □ |
| **（共通）** | 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ますか。 | □ | □ | □ |
| 21.入所者に関する市町村への通知 | 以下のいずれかに該当する状況が生じた場合、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。 |  |  |  |
| ①入所者が正当な理由なしに指示に従わず、要介護状態の程度を増進させたとき。 | □ | □ | □ |
|  | ②　偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。 | □ | □ | □ |
| 22.管理者による管理 | 管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の職員ですか。  ※ただし、管理上支障がない場合は、当該施設の他の職務又は同一敷地内にある事業所の管理者の職務に従事することができる。 | □ | □ | □ |
| 23.管理者の責務 | 管理者は、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、従業者に当該施設に係る基準省令の「運営に関する基準」の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 24.計画担当介護支援専門員の責務 | 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成の業務以外に、次の業務を行っていますか。 |  |  |  |
| ①入所申込者の入所に際し、居宅介護支援事業所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ますか。 | □ | □ | □ |
| 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、その者が居宅等において日常生活を営むことができるかどうかについて、定期的に検討しその内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③退所に際し、居宅介護支援事業所に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④苦情の内容等の記録をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤事故の状況及び事故に際して採った処置を記録していますか。 | □ | □ | □ |
| 25.運営規程 | 運営規程には次の重要事項の規定を定めていますか。 |  |  |  |
|  | ①施設の目的及び運営方針 | □ | □ | □ |
|  | ②従業者の職種、員数及び職務内容 | □ | □ | □ |
|  | ③入所定員 | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | ④ユニット数及びユニットごとの入居定員 | □ | □ | □ |
|  | ⑤入所者に対する介護老人保健施設サービスの内容  　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑥利用料その他の費用の額  ※以下の事項で記載しているものの「□」に✓をすること。  　　 □施設が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外）  □居住費及び食費の負担限度額  　　 □入院又は外泊時の取扱い　□消費税の課税の有無  　　 □その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き | □ | □ | □ |
|  | ⑦施設利用にあたっての留意事項  　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑧非常災害対策 | □ | □ | □ |
|  | ⑨虐待の防止のための措置に関する事項（令和６年３月31日までは努力義務） | □ | □ | □ |
|  | ⑩その他施設の運営に関する重要事項  ・身体的拘束等の原則禁止  ・感染症対策  ・その他の留意事項  　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
| 26.勤務体制の確保等 | 入所者に対し、適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護･介護職員等の配置等を明確にしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 勤務表は、予定と実績を作成していますか。 | □ | □ | □ |
| **（従来型）** | ※夜間及び深夜の時間帯（　　　時　～　翌　　時）　※必ず記入  夜勤を行う看護職員又は介護職員の数は２以上ですか。  （指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計数が40以下の介護老人保健施設であって、常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあっては、１以上） | □ | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 昼間については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※夜間及び深夜の時間帯（　　　時　～　翌　　時）　※必ず記入  夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ユニットケアリーダー研修修了者を２名以上（２ユニット以下の施設は１名以上）配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制を取っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | タイムカード等を利用して、職員の勤務時間の確認等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の処遇に直接影響を及ぼす業務について、当該施設の従業員のみによるサービスを提供していますか。（処遇に直接影響を及ぼさない業務　：　調理業務、洗濯等） | □ | □ | □ |
| （職員検診） | 職員の健康診断は年１回（夜勤を行う職員については年２回）行っていますか。 | □ | □ | □ |
| （研修機会の  確保） | 従業者の資質の向上のため、計画的な研修の機会を確保していますか。 | □ | □ | □ |
| 入所者の意思と人格を尊重したサービスを提供するため、職員の人権意識の向上を図るための内部研修の実施や外部研修に参加させていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修に参加する職員に偏りはないですか。 | □ | □ | □ |
|  | 研修内容を研修参加職員以外に還元できる体制（記録含む）が整備されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | **医療・福祉関係の資格**を有さない従業者に対し、採用後１年を経過するまでに認知症介護に係る基礎的な研修（認知症介護基礎研修）を受講させていますか。  【医療・福祉関係の資格】  看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等 | □ | □ | □ |
|  | ①　医療・福祉関係の資格を有さない従業者　（　　人）  ②　①のうち採用後１年を経過している従業者　（　　　人）  ③　②のうち認知症介護基礎研修を受講している従業者（　　　人） |  |  |  |
|  | ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第５条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
|  | 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ 事業者が講ずべき措置の具体的内容  ａ 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発  職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。  b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備  相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。 | □ | □ | □ |
|  | ロ 事業主が講じることが望ましい取り組みについて  ①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備  ②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）  ③被害防止ための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組） | □ | □ | □ |
|  | 上記については厚生労働省ホームページを参考にすること。  （https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_05120.html） |  |  |  |
| 27　業務継続計画の策定等 | 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 業務継続計画には以下の内容を盛り込んでいますか。  ※当該計画の策定に当たっては「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照。  ※　①及び②を一体的に作成することを妨げない。 |  |  |  |
|  | ①　感染症に係る業務継続計画  　イ　平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）  　ロ　初動対応  　ハ　感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） | □ | □ | □ |
|  | ② 　災害に係る業務継続計画  イ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）  ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）  ハ 他施設及び地域との連携 | □ | □ | □ |
|  | 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を実施していますか。 |  |  |  |
|  | ①　研修は、定期的（年２回以上）実施し、内容を記録していますか。  　　※感染症の業務継続計画に係る研修は、感染症の予防及びまん延防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない | □ | □ | □ |
|  | ・新規採用時にも別に当該研修を実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ② 　訓練（シミュレーション）は、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年２回以上）に実施していますか。  　※感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。 | □ | □ | □ |
|  | 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第３条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
| 28.定員の遵守  **（共通）** | 施設（ユニットごと）の入所定員を遵守していますか。  　　　　年　　月　　日現在  　　定員　　　人　入所者　　　人（うち入院　　　人） | □ | □ | □ |
|  | 療養室の定員を遵守していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 災害、虐待その他やむを得ない事情による定員超過がある場合は、その理由および入所者数（記入日現在）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 29.非常災害対策 | 非常災害に関する具体的計画はありますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第３条に規定する消防計画（これに準ずる計画書を含む）及び**風水害・土砂災害・地震等**の災害に対処するための計画（マニュアルを含む）をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第８条の規定により防火管理者を置くこととされている施設にあってはその者に行わせることになります。　また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせることになります。 |  |  |  |
|  | 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。  ※「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう職員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めたものです。 | □ | □ | □ |
|  | ①　定期的に必要な訓練を行っていますか。（年２回以上） | □ | □ | □ |
|  | ②　うち１回は夜間を想定した訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　火災訓練以外に風水害・土砂災害・地震等の訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●火災訓練の実施状況　※前年度及び今年度の実施状況（予定を含む）を記入してください。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立会 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | |
|  | ●風水害・土砂災害・地震等の避難訓練の実施状況   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立会 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | |
|  | 防火管理者（消防法に基づく）を置いていますか  防火管理者　　職種（　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
| 防火管理者が変更となった場合、変更届を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 消防法による消防計画の届出を行っていますか。  消防計画の提出日　　　　　年　　月　　日 | □ | □ | □ |
|  | 消防法による避難設備、消防用設備の定期点検及び報告を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 30.衛生管理等 | 入所者の使用する施設、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、医薬品および医療機器の管理が適正に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 施設、食器、飲料水等の衛生管理及び施設内の悪臭対策は適切に実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 調理および配膳に伴う衛生は、食品衛生法等関係法規に準じて行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食品の保管設備、食器の消毒・保管方法等は大量調理衛生マニュアルに沿って行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 簡易専用水道【有効容量が10㎥を超える貯水槽（受水槽）】を使用している場合、年1回法定検査を受けていますか。  法定検査受検日　　年　　月　　日  清掃実施日　　　　年　　月　　日  水質検査実施日　　年　　月　　日 | □ | □ | □ |
|  | 貯水槽（受水槽）を使用している場合、清掃を年1回以上行っていますか。  清掃実施日　　　　年　　月　　日  水質検査実施日　　年　　月　　日 | □ | □ | □ |
|  | 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施し、通常0.4 mg/ℓを保ち、最大1mg/ℓを超えないよう努めていますか。  （公衆浴場における衛生管理要領による） | □ | □ | □ |
|  | ②　浴槽水を適切（１週間に１回以上）に交換し、清掃を行っていますか。  ※浴槽水交換頻度　　　　　回/　　　週 | □ | □ | □ |
| ③　循環式浴槽水は少なくとも１年に１回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認していますか。（高齢者施設の場合、１年に２回以上が望ましい）  1回目：時期　　.　　.　　 結果  2回目：時期　　.　　.　　 結果 | □ | □ | □ |
|  | ④　消毒、換水、清掃の記録を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | シーツ交換は週１回以上行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 清潔リネン庫に掃除器具や不潔リネン等の汚染の原因になるものを置いていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 医薬品及び医療用具の管理は適切ですか。 |  |  |  |
|  | ①　医薬品は、施錠のできるところに保管されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　医務室等保管場所に職員が不在になるときは、出入口を施錠していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　冷蔵庫に医薬品と食品を混在させていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　医薬品、特に睡眠剤（向精神薬）など危険を伴うものについては、管理責任者を定めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　誤薬・誤飲防止等の入所者に対する安全対策を講じていますか。（入所者の与薬に関するマニュアル等の作成） | □ | □ | □ |
|  | 洗剤等の危険物が認知症の入所者の手が届くところに放置されていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 麻薬を処方している場合、以下の事項を遵守していますか。 |  |  |  |
|  | ①　麻薬施用者免許を受けた医師が処方していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　保管は固定式等容易に持ち運びができない麻薬専用金庫を使用していること。 | □ | □ | □ |
|  | ③　専用の麻薬帳簿を作成し、譲受、交付、廃棄、事故を記録し５年間保管していること。 | □ | □ | □ |
|  | ④　麻薬の譲受に際して譲渡証と引替えに譲受証を交付していること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　麻薬の廃棄にあたっては、麻薬取り締まり員等の立会のもとで行っていること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　院外処方箋を発行する場合は必要な事項を記載していること。  ※入所者の氏名・年齢・住所、麻薬の品名・分量・用法用量・投薬日数、処方箋の有効期間、麻薬施用者の記名・押印（署名可）・施用者番号、施設の名称所在地 | □ | □ | □ |
|  | 向精神薬を処方している場合、次の事項を遵守していますか。 |  |  |  |
|  | ①　譲受を記録（卸業者からの向伝票で可）し、５年間保存していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　従事者が在室していない場合は施錠保管していること。 | □ | □ | □ |
|  | ③　廃棄する場合、焼却や希釈等回収が困難な方法で行い、記録していること。 | □ | □ | □ |
|  | ④　盗難・紛失等した場合、速やかに東大阪市に届け出ていること。 | □ | □ | □ |
|  | 覚せい剤原料を処方している場合、以下の事項を遵守していますか。 |  |  |  |
|  | ①　譲受を記録し、２年間保存していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　保管は覚せい剤原料専用の保管庫や施錠できる引出等に保管していること。 | □ | □ | □ |
| ③　施設間で譲受、譲渡、貸借をしないこと。 | □ | □ | □ |
|  | ④　帳簿を作成し、記録していること。 | □ | □ | □ |
|  | 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症予防の観点から、共用タオルや固形石けんを使っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 手指消毒薬剤または消毒器を設置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を3月に1回以上及び感染症が流行する時期等を勘案し随時開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  【実施日】　昨年度（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  　　　　　　今年度（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | □ | □ | □ |
|  | ①　幅広い職種により構成していますか。  □施設長（管理者） □事務長 □医師 □看護職員 □介護職員  □管理栄養士又は栄養士、 □支援相談員 その他（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | ②　構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の感染対策担当者（看護師が望ましい。）を決めていますか。  担当者の職種（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針が整備されていますか。  ※それぞれの項目の記載内容の例については厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き」を参照 | □ | □ | □ |
|  | ①　当該指針には、**平常時の対策**が規定されていますか。  施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるとき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等 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該指針には、**発生時の対応**が規定されていますか。  （発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等）  ※発生時における施設内の連絡体制や前記の関係機関への連絡体制の明記。 | □ | □ | □ |
|  | 当該指針の内容を職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルを整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルには以下の項目が規定されていますか。  　□　ＭＲＳＡ　　　□　結核　　　□　疥癬　　□Ｏ－157  　□　ノロウイルス　　　□　インフルエンザ　　　□　ＨＩＶ　□　新型コロナウイルス  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルの内容を職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等について、別途通知等に基づき適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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（年２回以上）に実施し、内容を記録していますか。  ※研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用 | □ | □ | □ |
|  | ・研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | |
|  | 新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか | □ | □ | □ |
|  | 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的（年２回以上）に実施していますか。（訓練においては、施設内の役割分担の確認、ケアの演習等実施する。）  ※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第11条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 | □ | □ | □ |
|  | 次の場合、市町村等に迅速に感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講じていますか。 |  |  |  |
|  | ①同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が１週間以内に２名以上発生した場合。 | □ | □ | □ |
|  | ②同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。 | □ | □ | □ |
|  | ③上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。 | □ | □ | □ |
| 31.協力病院 | 入所者の病状の急変等に備えるため、協力病院を定めていますか。  ※協力病院と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。 | □ | □ | □ |
|  | ・協力病院の概要   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 名　称 | 診療科目 | 施設からの時間 | 病床数 | |  |  | 分 |  | |  |  | 分 |  | |  |  | 分 |  | | | | |
|  | 協力病院は救急治療に対応できますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の入院や休日夜間の対応について取り決めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 協力病院にはおおむね20分以内に搬送できますか。  ※東大阪市の条例に基づき、少なくとも１の協力病院について本市の区域内に所在するものとしなければならない。 | □ | □ | □ |
|  | 協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・協力歯科医療機関の概要  ※協力歯科医療機関と必要な事項を取り決めた書面（契約書や協定書など）がない場合は「できていない」をチェックしてください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 名　称 | 訪問診療 | 施設からの時間 | |  | 有・無 | 分 | |  | 有・無 | 分 | |  | 有・無 | 分 | | | | |
| 32.掲示 | 施設内の見やすい場所に、以下の事項を掲示していますか。  ※施設に備え付け、かつ関係者がいつでも閲覧できるようにすることにより掲示に替えることができる。 |  |  |  |
|  | ①　運営規程の概要 | □ | □ | □ |
|  | ②　従業者の勤務体制　※従業者の氏名まで掲示することを求めるものではない。 | □ | □ | □ |
|  | ③　事故発生時の対応 | □ | □ | □ |
|  | ④　苦情処理体制 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　提供するサービスの第三者評価の実施状況  　（実施の有無・直近の年月日・評価機関の名称・評価結果の開示状況） | □ | □ | □ |
|  | ⑥　虐待に係る通報窓口（市町村） | □ | □ | □ |
|  | ⑦　その他のサービスの選択に資すると認められる事項  　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の手の届く可能性のある掲示物に押しピンを使用していませんか。 | □ | □ | □ |
| 33.居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益供与を行なっていませんか。 | □ | □ | □ |
| 居宅介護支援事業者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ませんか。 | □ | □ | □ |
| 34.苦情処理 | 提供した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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 相談窓口（当該施設、市町村、国保連合会）、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するための措置の概要を掲示していますか。  苦情解決責任者　職・名　（　　　　　　　　　　）  苦情受付担当者　職・名　（　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、市町村から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 市町村からの求めがあった場合、上記の改善の内容を市町村に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者からの苦情に関して、国保連が行う調査に協力するとともに、国保連から指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 国保連からの求めがあった場合、上記の改善の内容を国保連に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの向上に向けた取組を自ら行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 第三者委員（オンブズマン）を設置し、苦情解決に努めていますか。  ※社会福祉法に基づいて社会福祉事業（第一種・第二種）を行う者に対して義務づけられているため、第二種社会福祉事業を行っている施設では必須。 | □ | □ | □ |
| 35.地域との連携 | 施設の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する介護サービス相談員の受け入れや広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利活動団体や住民の協力を得て行う事業に協力するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 36.事故発生の防止及び発生時の対応 | 事故発生防止のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 当該指針に下記の項目が規定されていますか |  |  |  |
| ①　施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方 | □ | □ | □ |
| ②　介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ③　介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ④　施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いものの報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　介護事故等発生時の対応に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知する体制を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　介護事故等について報告するための様式を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに①の様式に従い、介護事故等について報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　事故発生の防止のための委員会において、報告された事例を集計し、分析していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　事例の分析にあたっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　防止策を講じた後に、その効果について評価していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事故発生の防止のための委員会を定期的に行っていますか。  　　開催頻度　（　　　　回　／　月　・　年） | □ | □ | □ |
|  | 幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしていますか。  □施設長（管理者） □事務長 □医師 □看護職員 □介護職員  □支援相談員 その他（　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 事故発生の防止のための研修を、年2回以上実施し、内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 開催日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | |
|  | 新規採用時にも当該研修を実施し内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事故発生を防止するための体制として、上記に掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置いていますか。（事故防止検討委員会の安全対策を担当する者と同一の従業者が務めることが望ましい。）  　担当者の職種　（　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 事故発生時は、速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。  個人情報の漏洩等があった場合についても、報告を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行えるよう体制（保険加入、積立金）をとっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事故対応マニュアル、又はそれに準ずるものを整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事故対応マニュアル等は全ての職員に周知が図られていますか。 | □ | □ | □ |
| 37虐待の防止 | 虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。  ※　当該義務付けの適用に当たっては、令和３年改正省令附則第２条において、３年間の経過措置を設けており、令和６年３月31 日までの間は、努力義務とされている。 |  |  |  |
|  | 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設における虐待の防止のための指針を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 以下の内容が盛り込まれていますか。 |  |  |  |
|  | イ　施設における虐待の防止に関する基本的考え方 | □ | □ | □ |
|  | ロ　虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ハ　虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | 二　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 | □ | □ | □ |
|  | ホ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | へ　成年後見制度の利用支援に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | ト　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | チ　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 | □ | □ | □ |
|  | リ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年２回以上）実施して内容を記録していますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  |   研修実施状況 | | | |
|  | 新規採用時にも当該研修を実施し、内容を記録していますか。 | 口 | 口 | 口 |
|  | 上記の措置を適切に実施するための専任の担当者を置いていますか。（当該担当者は、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。）  　担当者の職種（　　　　　） | □ | □ | □ |
| 38.会計の区分 | 介護保健施設サービスの事業の会計とその他の事業との会計を区分していますか。 | □ | □ | □ |
| 39.記録の整備 | 従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 記録者は特定できますか。 | □ | □ | □ |
|  | 各記録が鉛筆書きではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものとしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者に対する施設サ－ビスの提供に関する諸記録を整備し、次に掲げる日から５年間保存していますか。 |  |  |  |
|  | ①　施設サ－ビス計画書：計画の完了の日 | □ | □ | □ |
|  | ②　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の検討内容等の記録：記録を行った日 | □ | □ | □ |
|  | ③　提供した施設サービスの具体的な内容等の記録：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ④　緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　基準省令第20条に係る市町村への通知に係る記録：通知の日 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　苦情の内容の記録：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録：サービスを提供した日 | □ | □ | □ |
| 40電磁的記録等 | ・　作成、保存その他これらに類するもののうち、基準省令において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができるが、この場合、以下の点に留意しているか。    ＜留意すべき点＞  (1) 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機（パソコン等をいう。以下同じ。）に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。  (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。  ①　作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法  ②　書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法  (3) 電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | □ | □ | □ |
|  | ・　交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、基準省令において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができるが、この場合、以下の点に留意しているか。    ＜留意すべき点＞  (1) 電磁的方法による交付は、次の方法によること。  　①　入所申込者又はその家族の承諾を得たうえで、次のいずれかの方法により提供すること。  　　・　施設の電子計算機と入所申込者又はその家族の電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の電子計算機に備えられたファイルに記録する方法  ・　施設の電子計算機に備えられたファイルに記録された事項を電気通信回線を通じて入所申込者又はその家族の閲覧に供し、当該入所申込者又はその家族の電子計算機に備えられたファイルに記録する方法  ・　磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに記録して交付する方法  ②　入所申込者又はその家族が上記①のファイルの記録を出力することにより文書を作成できること。  (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。  (3) 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。  (4) 電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 | □ | □ | □ |
| 事業所の文書保管について | 事業者は、諸記録をどのように保管しているか。  （ 紙 ・　電子　・　紙、電子併用　）  具体的な保管方法  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  記録の盗難・紛失等を防止するため、どのような安全管理措置を行っているか  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 電磁的記録を活用する場合の安全管理措置の留意点 | 電磁的記録を活用する場合、下記のような点に留意しているか。  ・入退館(室)管理の実施  ・機器、装置等の固定など物理的な保護  ・不正な操作を防ぐため、業務上の必要性に基づき、個人データを取り扱う端末に付与する機能を限定する  ・個人データに対するアクセス管理(IDやパスワード等による認証等)・アクセス記録の保存  ・不正が疑われる異常な記録の存否の定期的な確認  ・必要に応じて定期的にバックアップを取る　等  ※個人データを長期にわたって保存する場合には、クラウド等を活用してデータを保存する等、データが消失しないよう適切に保存する | □ | □ | □ |
| 41.秘密保持等 | 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はいませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。  ■秘密保持のための措置の内容  ・従業者に対する措置の内容  （口頭、就業規則、誓約書、その他（　　　　　　　　　））  ・退職者に対する措置の内容  （口頭、就業規則、誓約書、その他（　　　　　　　　　）） | □ | □ | □ |
|  | 居宅介護支援事業者等に対し、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 個人情報保護のための体制作りを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 個人情報保護のために職員への意識啓発、教育を実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ケースの記録は鍵のかかる部屋に保管して施錠するなどプライバシー保護に配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 居室やナーステーションの表示等はプライバシーが十分に配慮されていますか。 | □ | □ | □ |
| 42.開設許可等の変更許可 | 入所定員その他必要な事項を変更しようとするときは、東大阪市長の許可を受けていますか。 | □ | □ | □ |
| 43.開設許可等の変更届出 | 開設者の住所その他厚生労働省令に定める事項に変更があった場合、速やかに変更届を東大阪市長に届け出ていますか。  ※　変更した日から10日以内に提出すること。 | □ | □ | □ |
| 44 介護職員によるたん吸引等の取扱い  【社会福祉士及び介護福祉士法】 | 事業所の介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合、「認定特定行為業務従事者」として認定された者が行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等を行わせている場合、事業所を「登録特定行為事業者」として大阪府に登録していますか。 | □ | □ | □ |
| 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）に定められた要件に基づき、適切に実施しているかについて、定期的に（年1回以上）、自主点検を行い点検記録を保存していますか。  ※自主点検の様式は下記の大阪府のページをご確認ください。  https://www.pref.osaka.lg.jp/koreishisetsu/tankyuin\_futokutei/05jigyoushatennkenn.html | □ | □ | □ |
| 45集団指導の伝達 | 東大阪市が実施した直近の集団指導の内容について、施設職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |

第５ 介護給付費の算定及び取扱い

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １.端数処理 | 単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行うたびに小数点以下の端数処理(四捨五入)を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 算定される単位数から金額に換算する際に生ずる１円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。 | □ | □ | □ |
| (入所などの日数の数え方) | 入所の日数については、入所日及び退所日の両方を含めて、施設サービス費を算定していますか。  ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。 | □ | □ | □ |
| 当該施設と短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合に、入所者が当該施設を退所した日に他の介護保険施設等に入所したときは、退所した日を含めずに、施設サービス費を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ①当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合。 | □ | □ | □ |
| ②当該施設と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合。 | □ | □ | □ |
| 当該施設と病院又は診療所の医療保険適用病床（以下単に「医療保険適用病床」という。）が次の位置関係にある場合、医療保険適用病床へ入院した日又は医療保険適用病床から退院した日は入所の日数に含めずに、施設サービス費を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ①当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合。 | □ | □ | □ |
|  | ②当該施設と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合。 | □ | □ | □ |
| ２. 介護保健施設サービス費  (経過措置等) | 居室の区分に応じて所定単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 従来型個室において、次の事項に該当する場合は、多床室の所定単位数を算定していますか。 |  |  |  |
| ①平成17年９月30日において従来型個室に入所している者であって、平成17年10月１日以後引き続き従来型個室に入所している場合で、かつ平成17年９月１日から30日までの間に特別室料を徴収していないこと。 | □ | □ | □ |
|  | ②感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であること。 | □ | □ | □ |
|  | ③療養室における入所者１人当たりの面積が8.0㎡以下であること。 | □ | □ | □ |
|  | ④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医師が判断した者であること。 | □ | □ | □ |
| 【施設基準】  　【基本型] | 介護老人保健施設の施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健施設の施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。 |  |  |  |
|  | ①　看護職員又は介護職員の数が、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以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　当該施設から退所した者（当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、１週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。（以下、退所者）の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護４又は要介護５の場合にあっては14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、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居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　別紙「「在宅復帰・在宅療養支援機能指標」等確認表」により算定した数が**20以上**ですか。  ※厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号)第55号及び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（短期入所サービス及び特定施設入居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年老企第40号）第２の6(2)についても確認すること。 | □ | □ | □ |
|  | 算定根拠等の関係書類を整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 【在宅強化型】 | 介護老人保健施設の施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅳ）又はユニット型介護保健施設の施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。 |  |  |  |
|  | ①　看護職員又は介護職員の数が、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以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　当該施設から退所した者（当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、１週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。（以下、退所者）の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護４又は要介護５の場合にあっては14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、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居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。 |  |  |  |
|  | ⑦別紙「在宅復帰・在宅療養支援機能指標等確認表」により算定した数が**60以上**ですか。  ※厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号)第55号及び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（短期入所サービス及び特定施設入居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年老企第40号）第２の6(3)についても確認すること。 | □ | □ | □ |
|  | 算定根拠等の関係書類を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域に貢献する活動を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方による。  ・自らの創意工夫によって、更に地域に貢献する活動を行うこと。  ・当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。 |  |  |  |
|  | 入所者に対し、少なくとも週３回程度のリハビリテーションを実施していますか。 | □ | □ | □ |
| 【夜勤職員】 | 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。  ※一部ユニット型で、ユニット部分で基準を満たず、ユニット部分以外の部分で基準を満たしても（その逆も同じ）入所者全員について減算となります。 |  |  |  |
|  | ①　夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として施設ごとに設定したもの）において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が２日以上連続して発生した場合 | □ | □ | □ |
|  | ②　夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が４日以上発生した場合 | □ | □ | □ |
| 【定員超過】 | 入所者数が定員を超過した場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員の超過は、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 【人員欠如】 | 看護職員・介護職員の員数が基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。  ※一部ユニット型で、ユニット部分で基準を満たず、ユニット部分以外の部分で基準を満たしても（その逆も同じ）入所者全員について減算となります。 | □ | □ | □ |
|  | ①　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合は、その翌月から入所者の全員について所定単位数を減算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　１割の範囲内で減少した場合は翌々月から所定単位数を減算していますか。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。） | □ | □ | □ |
|  | 医師の員数が基準を満たさない場合は、翌々月から所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。） | □ | □ | □ |
|  | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準を満たさない場合は、翌々月から所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。） | □ | □ | □ |
|  | 介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合は、翌々月から所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。（翌月の末日に人員基準を満たしている場合を除く。） | □ | □ | □ |
| 【ユニットケア体制】 | ユニットにおける職員の員数が、以下のユニットにおける職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。 |  |  |  |
|  | ①　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　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。 | □ | □ | □ |
|  | ※減算については、ある月（歴月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されます。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。） |  |  |  |
| 【特定入所者介護サービス費（補足給付）】 | 居住費及び食費を負担限度額の範囲内で徴収する場合に限って当該費用を請求していますか。 | □ | □ | □ |
| 負担限度額認定者であるものの、居住費又は食費についていずれかを負担限度額を超えて徴収している場合は、当該費用を請求していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 居住費又は食費について負担限度額よりも低い額で徴収する場合、基準費用額と負担限度額との差額で請求していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 外泊時に居住費を入所者から徴収する場合（短期入所療養介護未利用）で、当該費用を請求するときは、当該外泊時費用算定期間内となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 外泊中の初日又は最終日に食事の提供を行わなかった場合、負担限度額認定証の交付を受けた者の当該日に係る補足給付を請求していませんか。 | □ | □ | □ |
| ３.身体拘束廃止未実施減算 | 介護老人保健施設基準第13条第5項又は第43条第7項に規定する身体拘束等を行う場合の記録を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護老人保健施設基準第13条第6項又は第43 条第8項に規定する措置（委員会・指針・研修）を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の記録及び措置を行っていない事実が生じた場合に、次の事項を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　速やかに改善計画を東大阪市に提出している。 | □ | □ | □ |
|  | ②　改善計画提出後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を東大阪市に報告している。 | □ | □ | □ |
|  | ③　上記①・②の手続きを行った上で、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間、入所者全員について所定単位数から、所定単位数の100分の10に相当する単位数をを減算している。 | □ | □ | □ |
| ４　安全管理体制未実施減算 | 介護老人保健施設基準第36 条第１項に規定する措置（指針・報告及び改善策等の周知徹底・委員会・研修・担当者の設置）を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の措置を行っていない事実が生じた場合に、届出を行い事実が生じた翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から５単位を減算してますか。 | □ | □ | □ |
| ５.栄養管理に係る減算 | ①介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士を配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②介護老人保健施設基準第17条の2（同基準第50条において準用する場合を含む。）に定める栄養管理を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記①②の基準を満たさない事実が生じた場合に、届出を行い事実が生じた翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から14単位を減算していますか。（翌月末日において基準を満たすに至っている場合を除く。） | □ | □ | □ |
|  | ※経過措置により令和６年３月３１日までは減算を適用しない。 |  |  |  |
| ６.夜勤職員配置加算 | 以下の基準を満たし届け出ている場合に、１日につき24単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が次のとおりとなっていますか。 |  |  |  |
| ①　本体施設入所者数と短期入所療養介護利用者数の合計数（以下、「入所者等の数」という。）が41人以上にあっては、20又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、２を超えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　入所者等の数が40人以下にあっては、20又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、１を超えていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　夜勤を行う職員の数は、一日平均夜勤職員数とし、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16時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定していますか。（小数点第３位以下は切り捨て）  夜勤職員配置加算を算定する上で設定された連続する１６時間  （　　　　　時　～　翌　　　時）　※必ず記入する | □ | □ | □ |
|  | ④　一部ユニット型介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準は、当該施設のユニット部分とそれ以外の部分それぞれで要件を満たしていますか。  ※ただし同一建物内にユニット型及び従来型の施設が併設されている場合、双方の入所者等の合計数に基づいて職員数を算出するものとして差し支えない。ただし双方の入所者等の基本サービス費について当該加算が算定されることになるため、双方の施設における夜勤職員の加配の状況が極端に偏りのないように配置すること。 | □ | □ | □ |
| ７.短期集中リハビリテーション実施加算 | 入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して３月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合に、短期集中リハビリテーション実施加算として１日につき240単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
| ①　20分以上の個別リハビリテーションを、１週につきおおむね３日以上実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない者ですか。ただし、以下の場合はこの限りではない。 | □ | □ | □ |
|  | ・入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、４週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者 | □ | □ | □ |
|  | ・入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、４週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者  ア　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者  イ　上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち 三種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(一肢以上)、 体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| ８.認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、入所した日から起算して３月以内の期間に限り、１週に３日を限度として１日につき240単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
| リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていますか。 | □ | □ | □ |
| リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものですか。 | □ | □ | □ |
| 認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週３日、実施していますか。 | □ | □ | □ |
| 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者を対象としていますか。 | □ | □ | □ |
| 認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものですか。  ※当該研修には全老健主催の「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会等が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」、都道府県実施の「認知症サポート医養成研修」が該当 | □ | □ | □ |
| 対象となる入所者はMMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS－R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね５点～25点に相当していますか。 | □ | □ | □ |
| リハビリテーション実施計画に基づき、１人の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が１人の利用者に対して実施していますか。 | □ | □ | □ |
| 記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものですか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定していますか。  ※時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。 | □ | □ | □ |
|  | 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算は、当該入所者が過去３月の間に、当該加算を算定していない場合に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 短期集中リハビリテーション実施加算を算定した上で、当該リハビリテーション実施加算を算定する場合には、それぞれが基準を満たし、別々に両リハビリテーションを実施したことがわかるよう記録等を残していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| ９.若年性認知症入所者受入加算 | 下記の基準に適合し届け出て、若年性認知症入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合、若年性認知症入所者受入加算として、１日につき120単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象者となった入所者は、65歳の誕生日の前々日までを対象としていますか。 | □ | □ | □ |
| 10．外泊時費用 | (入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、１月に6日（１回の外泊で月をまたがる場合は最大で12日）を限度として、所定単位数に代えて１日につき362単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族との旅行に行く場合の宿泊等も含みます。 |  |  |  |
|  | 当該費用の算定に当たり、外泊期間の初日と最終日を含まずに算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 外泊期間中にそのまま退所した場合は、退所した日についても当該費用を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の外泊の期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供する場合、当該入所者から同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
| 入所者の外泊の期間中で、入所者の空床を短期入所の利用に供した場合、当該費用を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 外泊期間中にそのまま併設医療機関（同一敷地内等の医療保険適用病床）に入院した場合には、入院日以降については当該費用を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 11外泊時在宅サービス利用について | 入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、１月に６日を限度として所定単位数に代えて１日につき800単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 試行的な退所に係る初日及び最終日は算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者又は家族に対し、加算の趣旨を十分説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 家族等に対し、次の指導を事前に行っていますか。 |  |  |  |
|  | イ　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 | □ | □ | □ |
|  | ロ　当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 | □ | □ | □ |
|  | ハ　家屋の改善の指導 | □ | □ | □ |
|  | ニ　当該入所者の介助方法の指導 | □ | □ | □ |
|  | 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 居宅サービスを行わない場合、当該加算は算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 加算の算定期間は１月につき６日以内とし、算定方法は外泊時費用の取扱いと同様としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の外泊期間中に、そのベッドを短期入所に活用する場合は、当該利用者の同意を得ていますか。この場合、外泊時在宅サービス利用の算定をしていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 外泊時費用を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 12．ターミナルケア加算 | 以下の基準を満たし届けている場合、ターミナルケア加算として、死亡日以前31日以上45日以下については１日つき80単位を、死亡日以前４日以上30日以下については１日つき160単位を、死亡日の前日及び前々日については１日につき820単位を、死亡日については１日につき1650単位を、死亡月に所定単位数を加算していますか。  ※退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合は、当該加算は算定できない。 | □ | □ | □ |
|  | 退所した日の翌日から死亡日までは算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ、随時説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 死亡前に他の医療機関等に移った場合または自宅等に戻った場合には、当該施設においてターミナルケア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は、算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定は可能であるが、当該加算は死亡月にまとめて算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が外泊した場合（外泊加算を算定した場合を除く。）には、当該外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、当該加算を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケアを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の場合についても、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、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所がなかった旨を記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、一度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、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ターミナルケアを進めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算を算定するに当たって、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合は、その意向に沿えるよう考慮していますか。なお、個室に移行した場合の入所者については、経過措置（多床室算定）の対象としていますか。 | □ | □ | □ |
| 13.在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | ●在宅復帰･在宅療養支援機能加算（Ⅰ）　34単位　【加算型】 | □ | □ | □ |
| ①**別紙「在宅復帰・在宅療養支援機能指標等」確認表**により算定した数が40以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　地域に貢献する活動を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方による。  ・自らの創意工夫によって、更に地域に貢献する活動を行うこと。  ・当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。 |  |  |  |
|  | ③　介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費（ⅰ） 若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●在宅復帰･在宅療養支援機能加算（Ⅱ）　　　46単位　【超強化型】 |  |  |  |
|  | ①別紙「在宅復帰・在宅療養支援機能指標等確認表」により算定した数が70以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費（ⅱ） 若しくは（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| **（共通）** | 当該基本施設サービス費を算定した場合は、算定根拠等の関係書類を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 14. 初期加算 | 入所した日から起算して30日以内の期間については、１日につき30単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者が過去３月間の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定していますか。（ただし、認知症の日常生活自立度によるランクⅢ、Ⅳ又はМに該当する場合は過去１月間） | □ | □ | □ |
|  | 当該施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合（短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。）は、入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 15.再入所時栄養連携加算 | 当該施設に入所（以下、一次入所。）している者が退所し、病院又は診療所に入院した場合であって当該入所者が退院した後に再度当該施設に入所する際（以下、二次入所。）、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該入所者に関する栄養ケア計画を策定した場合、入所者１人につき１回を限度として200単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護老人保健施設の入所時に経口より食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護老人保健施設に入所した場合を対象としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理栄養士は当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養管理に係る減算を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 16.入所前後訪問指導加算  （Ⅰ）・（Ⅱ）併算不可 | ●入所前後訪問指導加算（Ⅰ） |  |  |  |
| 介護保健施設サービス費（Ⅰ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定している場合について、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、入所中１回を限度として450単位算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●入所前後訪問指導加算（Ⅱ） |  |  |  |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅰ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定している場合について、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定あたり、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等の職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に１回に限り480単位算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　生活機能の具体的な改善目標を定めていますか。  ・当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定ること | □ | □ | □ |
|  | ロ　退所後の生活に係る支援計画を定めていますか。  ・入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。  ・当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含んでいること  ・当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。 | □ | □ | □ |
| （共通） | 当該者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も、同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定していませんか。  イ　病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合。  ロ　他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合。  ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合。 | □ | □ | □ |
|  | 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 17.退所時等支援加算 | ※「入所期間が１月を超える」とは、民法の規定を準用する。例えば、３月１日入所の１月を超える日とは４月２日以降となります。（以下、特別の規定のない期間計算は同様の取扱いになります。【介護保険法第201条、民法第138～143条】） |  |  |  |
| 【試行的退所時指導加算】 | 退所が見込まれる入所期間が１月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から３月の間に限り、入所者１人につき、１月に１回を限度として400単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 試行的退所時指導の内容は、次のようなものになっていますか。 |  |  |  |
|  | ・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 | □ | □ | □ |
|  | ・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体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 | □ | □ | □ |
|  | ・家屋の改善の指導 | □ | □ | □ |
|  | ・退所する者の介助方法の指導 | □ | □ | □ |
|  | 試行的退所を行うにあたっては、その病状及び身体の状況に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施していますか。  ※試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の試行的退所期間中に、そのベッドを短期入所療養介護に活用する場合は、当該入所者の同意があり、外泊時加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 試行的退所期間中は、介護保険法に定める居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービスの利用はしていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上で、その問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算について、次の場合には算定していませんか。  ・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所又は入院する場合。  ・死亡退所の場合。 | □ | □ | □ |
|  | 試行的退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 【退所時情報提供加算】 | 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治医に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に、入所者１人につき１回に限り500単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、退所先が居宅の場合と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定にする基準（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式２に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付していますか。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算について、次の場合には算定していませんか。  ・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所又は入院する場合。  ・死亡退所の場合。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 【入退所前連携加算】  （Ⅰ）・（Ⅱ）併算不可 | ●入退所前連携加算（Ⅰ）　　６００単位 |  |  |  |
| 入所期間が１月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、入所者の同意を得て退所後の居宅における居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算について、次の場合には算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ①退所して病院又は診療所へ入院する場合 | □ | □ | □ |
|  | ②退所して他の介護保険施設へ入所又は入院する場合 | □ | □ | □ |
|  | ③死亡退所の場合 | □ | □ | □ |
|  | 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●入退所前連携加算（Ⅱ）　　４００単位 |  |  |  |
|  | 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算について、次の場合には算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ①退所して病院又は診療所へ入院する場合 | □ | □ | □ |
|  | ②退所して他の介護保険施設へ入所又は入院する場合 | □ | □ | □ |
|  | ③死亡退所の場合 | □ | □ | □ |
|  | 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 【訪問看護指示加算】 | 入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型介護看護又は指定看護小規模多機能型居宅介護の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に、入所者１人につき１回を限度として300単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書の様式は、介護老人保健施設からの退所時における老人訪問看護指示加算に係る訪問看護指示書の様式について（平成12年４月26日老健第96号）によるものですか。 | □ | □ | □ |
| 訪問看護指示書について指示期間の記載がない場合、その指示期間を１月としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めがある場合は、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所または看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 18．栄養マネジメント強化加算 | 以下の基準に適合するものとして、届け出た介護老人保健施設において継続的に入所者ごとの栄養管理を強化して実施した場合、１日につき11単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 原則として入所者全員に対して実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上（常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上）配置していますか。  ※この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、厚労省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第４に基づき行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 低栄養状態のリスクが中リスク及び高リスクに該当する入所者に対して、以下の対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　基本サービスとして、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作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。 | □ | □ | □ |
|  | ロ　当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を**週３回以上**行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行う。  ※やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。 | □ | □ | □ |
|  | ハ　食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。 | □ | □ | □ |
|  | ニ　当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行っていますか。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。 | □ | □ | □ |
|  | 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。  ※厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照 | □ | □ | □ |
|  | 栄養管理に係る減算を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
| 19.経口移行加算 | 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われている場合、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、１日につき28単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 厚労省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第４を参照すること。 |  |  |  |
|  | 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該栄養管理が必要であるとした医師の指示が、診療録等に記載されていますか | □ | □ | □ |
|  | 当該計画については、別紙様式４－２「栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）」の様式例を参照の上栄養ケア計画と一体のものとして作成していますか。  ※施設サービス計画に経口移行計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり、経管による食事摂取を終了した日までの間とするが、入所者又はその家族の同意を得た日から180日以内とし、それを超えた場合には原則として当該加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者又はその家族の同意を得た日から180日を超えて実施する場合は、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及び支援が必要とされる場合となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | この場合において、医師の指示はおおむね２週間ごとに受けていますか。また、医師の指示は、診療録等に記載されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 180日を超えて実施する場合に、入所者又はその家族に説明し同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては誤嚥性肺炎の危険も生じうることから次の項目について確認した上で実施していますか。 |  |  |  |
|  | ①　全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること）。 | □ | □ | □ |
|  | ②　刺激しなくても覚醒を保っていられること。 | □ | □ | □ |
| ⑧　嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。） | □ | □ | □ |
|  | ④　咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養管理に係る減算を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員欠如に該当していませんか。 |  |  |  |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 20.経口維持加算 | 以下の基準を満たす場合に、１月につき所定単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ●経口維持加算（Ⅰ）400単位 | □ | □ | □ |
|  | 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けた者を対象としていますか。  ※歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る。 | □ | □ | □ |
|  | 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事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、必要に応じて見直していますか。  ※施設サービス計画に経口維持計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができます。  ※特別な管理とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | 作成及び見直しを行った経口維持計画について、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 経口維持計画に基づき、栄養管理を実施していますか。  ※別紙様式４－２「栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）」の様式例を参照の上栄養ケア計画と一体的に作成する。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の摂食、嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていますか。  ※管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。 | □ | □ | □ |
|  | 経口移行加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養管理に係る減算を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●経口維持加算（Ⅱ）　100単位 | □ | □ | □ |
|  | 協力歯科医療機関を定めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（介護老人保健施設基準第２条第１項第１号に規定する配置医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わり、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 経口維持加算（Ⅰ）を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 21　口腔衛生管 | 以下の基準を満たす場合に、１月につき所定単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 理加算 | ●口腔衛生管理加算(Ⅰ)　90単位 | □ | □ | □ |
| ※（Ⅰ）・(Ⅱ)の区分の併算不可 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生等の管理を月2回以上行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をしていますか。  ※利用者ごとに口腔ケアを行うことが必要です。 | □ | □ | □ |
|  | 歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定にする基準（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式３「口腔衛生管理加算　様式（実施計画）」を参考として作成し、当該施設に提出していますか。また、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理加算を算定できるが、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された月においては、口腔衛生管理加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ |  |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●口腔衛生管理加算(Ⅱ)　110単位 | □ | □ | □ |
|  | 口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件を満たしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。  ※厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照 | □ | □ | □ |
| 22.療養食加算 | 以下の基準を満たして届け出た場合に、１食につき6単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　1日に3回を限度として算定している。 | □ | □ | □ |
|  | ②　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。 | □ | □ | □ |
|  | ③　入所者の病状等に応じて、主治の医師により入所者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事せんに基づき、療養食を提供している。 | □ | □ | □ |
|  | ④　当該療養食に係る献立表が作成されている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　医師の発行する食事せんには、当該入所者の年齢、身長、体重、病名、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食）及び特別な場合の検査食などの内容が記載されている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　定員超過利用、人員基準欠如に該当していない。 | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。 |  |  |  |
|  | ①　心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g未満の減塩食となっている。 | □ | □ | □ |
|  | ②　高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていない。 | □ | □ | □ |
|  | ③　肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっている。 | □ | □ | □ |
|  | ④　胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食についても対象としている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　貧血食の対象となる入所者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来している。※医師が認める者 | □ | □ | □ |
|  | ⑧　高度肥満症（肥満度が+70%以上又はＢＭＩが35以上）に対して食事療法を行う場合に、脂質異常症食に準じて取扱っている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑨　特別な場合の検査食は潜血食としている他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合としている。 | □ | □ | □ |
|  | ⑩　脂質異常症食の対象となる入所者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140㎎／dl 以上である者又はHDL-コレステロール値が40㎎／dl 未満若しくは血清中性脂肪値が150㎎／dl 以上となっている。  ※薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事せんの発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。 | □ | □ | □ |
|  | 経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定する場合、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 23. かかりつけ医連携薬剤調整加算 | 次に掲げる基準に適合したうえで入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合に、当該入所者１人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）　１００単位 | □ | □ | □ |
|  | 医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していますか。  ※高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。 | □ | □ | □ |
|  | 入所後１月以内に、「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（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式８「薬剤調整報告書」を参考に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していますか。（処方経緯等の情報を収集することが望ましい。） | □ | □ | □ |
|  | 入所中は、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。 |  |  |  |
|  | 退所時又は退所後１月以内に、「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（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式９「薬剤変更に係る情報提供書」を参考に、評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）２４０単位 | □ | □ | □ |
|  | かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の要件を満たし算定している入所者ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象となる入所者は、入所期間が３月以上であると見込まれていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※厚生労働省への情報の提出は、入所期間が３月を超えると見込まれる入所者について、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。 |  |  |  |
|  | ●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）　１００単位 | □ | □ | □ |
|  | かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の要件を満たし算定している入所者ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されている入所者に対して、入所中に当該処方の内容を施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整を行い、施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ１種類以上減少させ、かつ、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ継続して１種類以上減少していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 服薬を開始して４週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算を算定するに当たって合意した内容や調整の要点を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
| 24.緊急時施設療養費 | 入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる次の医療行為について、算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【緊急時治療管理】 | 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに518単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 同一入所者について１月に１回、連続する３日を限度として算定していますか。  ※１月に連続しない１日を３回算定することは認められない。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急時治療管理と特定治療を同時に算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 対象となる入所者は、次のとおりとなっていますか。 |  |  |  |
|  | ①　意識障害又は昏睡 | □ | □ | □ |
|  | ②　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 | □ | □ | □ |
|  | ③　急性心不全（心筋梗塞を含む） | □ | □ | □ |
|  | ④　ショック | □ | □ | □ |
|  | ⑤　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） | □ | □ | □ |
|  | ⑥　その他薬物中毒等で重篤なもの | □ | □ | □ |
| 【特定治療】 | 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）第１章及び第２章において、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第57条第３項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第１章及び第２章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 25.所定疾患施設療養費 | 入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を行った場合に限る。）は、それぞれの区分に応じ所定単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●所定疾患施設療養費（Ⅰ）　　　239単位 | □ | □ | □ |
| （Ⅰ）・（Ⅱ）併算不可 | 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、 当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していますか。  ※治療の実施状況についての公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。 | □ | □ | □ |
|  | 同一の入所者について１月に１回、連続する7日を限度として算定していますか。  ※１月に連続しない１日を7回算定することは認められない。 | □ | □ | □ |
|  | ●所定疾患施設療養費（Ⅱ）　　　480単位 | □ | □ | □ |
|  | 診断、診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び帯状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、 当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していますか。  ※治療の実施状況についての公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していますか。  ※感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。 | □ | □ | □ |
|  | 同一の入所者について１月に１回、連続する10日を限度として算定していますか。  ※１月に連続しない１日を10回算定することは認められない。 | □ | □ | □ |
| 【共通】 | 入所者は、次のいずれかに該当していますか。 |  |  |  |
|  | ・肺炎の者（検査の実施が必要） | □ | □ | □ |
|  | ・尿路感染症の者（検査の実施が必要） | □ | □ | □ |
|  | ・帯状疱疹の者 | □ | □ | □ |
|  | ・蜂窩織炎 | □ | □ | □ |
|  | 緊急時施設療養費を算定した日は、算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 26．認知症専門ケア加算 | 以下の基準を満たし届け出ている場合に、１日につき所定単位数をを算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ●認知症専門ケア加算（Ⅰ）　３単位 | □ | □ | □ |
| （Ⅰ）・（Ⅱ）併算不可 | 入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する入所者：以下「対象者」という。）の占める割合が２分の１以上であること。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者の数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。  ※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び「認知症看護に係る適切な研修」を指すものとする | □ | □ | □ |
|  | 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している。 | □ | □ | □ |
|  | ●認知症専門ケア加算（Ⅱ）　４単位 |  |  |  |
|  | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合している。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。  ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び「認知症看護に係る適切な研修」を指すものとする。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設における介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。 | □ | □ | □ |
| 27．認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保健施設サービスを行った場合には、入所した日から起算して７日を限度として、１日につき200単位を加算していますか。  ※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の 障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。 | □ | □ | □ |
|  | 在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人保健施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」 が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ａ　病院又は診療所に入院中の者 | □ | □ | □ |
|  | ｂ　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 | □ | □ | □ |
|  | ｃ　短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者 | □ | □ | □ |
|  | 判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。  ※判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録していること。 | □ | □ | □ |
|  | 個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算は、当該入所者が入所前１月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合及び過去１月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 28．認知症情報提供加算 | 過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、次に掲げる機関に当該入所者の紹介を行った場合に、入所者１人につき入所期間中に１回を限度として350単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 紹介を行う機関は、以下のいずれかとなっていますか。 |  |  |  |
|  | ・認知症疾患医療センター | □ | □ | □ |
|  | ・認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関 | □ | □ | □ |
|  | ※「認知症の原因疾患に関する確定診断」とは、脳血管疾患、アルツハイマー病等、認知症の原因疾患が特定されたことをいう。 |  |  |  |
|  | ※「認知症のおそれがある」とは、MMSE（Mini Mental State Examination）において概ね23点以下、又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)において概ね20点以下といった認知機能の低下を認め、これにより日常生活に支障が生じている状態をいう。 |  |  |  |
|  | ※「施設内での診断が困難」とは、介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の整備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内での認知症の鑑別診断等が困難であると判断した場合を指す。 |  |  |  |
|  | ※「診療状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書をいう。 |  |  |  |
|  | ※「認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関」とは、認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うにつき、専任の認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした10年以上の臨床経験を有する医師が１名以上配置され、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、CT又はMRIを有している保険医療機関をいう。 |  |  |  |
|  | 当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関（認知症疾患医療センター及びこれに類する保険医療機関を除く）に対する紹介を行った場合は算定していませんか。  ※「これに類する保険医療機関」とは、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のいずれの要件も満たすものをいう。  ・認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした経験（10年以上）を有する医師がいること  ・コンピューター断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像検査（MRI）の両方を有する、又は認知症疾患医療センターの運営事業実施要綱に定める要件を満たしており、かつ認知症疾患医療センターに関する申請届出を都道府県又は政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示しかつ何らかの具体的な手続きを行っていると都道府県又は政令指定都市が認めるもの  ・併設介護老人保健施設に認知症専門棟があること | □ | □ | □ |
| 29．地域連携診療計画情報提供加算 | 医科診療報酬点数表の入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の 同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供した場合に、入所者１人につき１回を限度として300単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表に掲げる入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定する保険医療機関（以下「計画管理病院」）において作成され、当該計画管理病院からの転院後 又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（以下本区分において「総治療期間」）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 以下の疾患について、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。） | □ | □ | □ |
|  | ロ　脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。） | □ | □ | □ |
|  | 計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 以下のいずれも満たしていますか。 |  |  |  |
|  | イ　あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されていること。 | □ | □ | □ |
|  | ロ　イについて、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 30　リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | 下記に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして届け出てリハビリテーションを行った場合は、１月につき３３単位数を加算していますか。 | □ | □ | □ |
| 入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していますか。  ※厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。 | □ | □ | □ |
|  | サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAｻｲｸﾙ）により、サービスの質の管理を行ってますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね２週間以内に、その後はおおむね３月ごとにを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 |  |  |  |
| 31.褥瘡マネジメント加算 | 以下の基準を満たし届出を行ったうえで、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、１月につきを所定単位数を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)　　３単位 | □ | □ | □ |
| （Ⅰ）・（Ⅱ）の併算不可 | (1)入所者ごとに褥瘡の発生と関連あるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこと。  ※ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。 | □ | □ | □ |
|  | (2)(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)(1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①原則として入所者全員を対象として入所者ごとに(1)～(4)の要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定している。（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定している場合を除く。） | □ | □ | □ |
|  | ②(1)の評価は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定にする基準（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式５「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。 | □ | □ | □ |
|  | ③(1)の施設入所時の評価は、要件に適合しているものとして届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については当該者の入所時に評価を行うものとし、既入所者については、介護記録等に基づき施設入所時の評価を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ④褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式５「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて作成すること。なお、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤(3)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥(4)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題(褥瘡管理に変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。その際、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施している。 | □ | □ | □ |
|  | ●褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)　１３単位 | □ | □ | □ |
|  | (1)褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の(1)～(5)の要件を満たしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2) 評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生はありませんか。  ※　入所日の属する月の翌月以降に、別紙様式５「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式５に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 32.排せつ支援加算 | 下記の要件を満たし届け出て、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、区分に従い、１月につき所定単位数を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●排せつ支援加算(Ⅰ)　　１０単位 |  |  |  |
| （Ⅰ）～（Ⅲ）の併算不可 | (1)入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも６月に１回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)(1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、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、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成30 年４月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。 |  |  |  |
|  | ※「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。 |  |  |  |
|  | (3)(1)の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①　排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行っている。 | □ | □ | □ |
|  | ②　原則として入所者全員を対象として入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定している。 | □ | □ | □ |
|  | ③　全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行っている。  ※施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。 | □ | □ | □ |
|  | ④　(1)の評価は、「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（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式６「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書」を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの３か月後の見込みについて実施する。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　施設入所時の評価は、要件に適合しているものとして届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談すること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこと。  ※ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。 | □ | □ | □ |
|  | ⑧　支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて別紙様式６「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書」の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑨　支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。 | □ | □ | □ |
|  | ⑩　当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ⑪　⑶における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。 | □ | □ | □ |
|  | (5) 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●排せつ支援加算(Ⅱ)　　１５単位　※入所者ごとに算定 | □ | □ | □ |
|  | (1)排せつ支援加算(Ⅰ)のいずれにも適合していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)次のいずれかに該当していますか。 |  |  |  |
|  | ①評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ②評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。 | □ | □ | □ |
|  | ※ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。 |  |  |  |
|  | ●排せつ支援加算(Ⅲ)　　２０単位　　※入所者ごとに算定 | □ | □ | □ |
|  | 排せつ支援加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)の(2)①②のいずれにも適合していますか。  ※　排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 33自立支援促進加算 | 以下の基準に適合しているものとして届け出て、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、１月につき300単位をを加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (1) 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも６月に１回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2) (1)の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)(1)の医学的評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)　医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①　入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行っている。 | □ | □ | □ |
|  | ②　医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている。  **※　本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならない。** | □ | □ | □ |
|  | ③　原則として入所者全員を対象として入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定すること。 | □ | □ | □ |
|  | ④　自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定にする基準（短期入所サービス及び特定施設入居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」別紙様式７「自立支援促進に関する評価・支援計画書」を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式７「自立支援促進に関する評価・支援計画書」を用いて、訓練の提供に係る事項（離床・基本動作、ＡＤＬ動作、日々の過ごし方及び訓練時間等）の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、④の医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。  ａ　寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。  ｂ　食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。  ｃ　排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。  ｄ　入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。  ｅ　生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。  ｆ　リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、④の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑧　支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑨　ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 34　科学的介護推進体制加算 | 要件を満たして届けている場合は、下記の区分に従い１月につき所定単位数を加算していますか。 | □ | □ | □ |
| ●科学的介護推進体制加算（Ⅰ）　40単位 | □ | □ | □ |
| ※（Ⅰ）、(Ⅱ)の区分の併算不可 | (1)入所者ごとの**「ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報」の項目**を、厚生労働省に提出していますか。 | □ | □ | □ |
| (2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、厚生労働省に提出すべき情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。 |  |  |  |
|  | ① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定すること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこと。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照 | □ | □ | □ |
|  | ③　施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めるため、次のような一連の取組を行うこと。  ※　情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。  イ　入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。  ロ　サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。  ハ ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。  ニ　検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。 | □ | □ | □ |
|  | ●科学的介護推進体制加算（Ⅱ）60単位 | □ | □ | □ |
|  | (1)**「ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に加えて入所者ごとの疾病、服薬の状況等の情報」の項目**を、厚生労働省に提出していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2) 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）の(2)・(3)の要件を満たしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 35安全対策体制加算 | 下記の要件を満たして届けている場合は、**入所初日に限り**20単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護老人保健施設基準第36条第1項に規定する事故発生の防止及び発生時の対応の基準に適合していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者が、安全対策に係る外部の研修を受講していますか。  ※当該研修については介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体「(公社)全国老人福祉施設協議会、(公社)全国老人保健施設協会、(一社)日本慢性期医療協会等」等が開催する研修を想定している。 | □ | □ | □ |
|  | 施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備され、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 36サービス提供体制強化加算 | 下記の基準を満たして届けている場合、１日につき所定単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ●サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２単位 | □ | □ | □ |
| ※（Ⅰ）～(Ⅲ)の区分の併算不可 | 次のいずれかに適合していますか。  **※①又は②の適合する項目にチェック☑する**。 |  |  |  |
|  | ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。 | □ | □ | □ |
|  | ②介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。 | □ | □ | □ |
| ※当該加算の各区分の要件及び共通の要件を確認すること。 | 提供するサービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的な取組を行っていますか。  【取組の内容を記載】  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （例）  ・ ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築  ・ ＩＣＴ・テクノロジーの活用  ・ 高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化  ・ ケアに当たり、居室の定員が２以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること  ※　実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　１８単位 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ●サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　６単位 | □ | □ | □ |
|  | 次のいずれかに適合していますか。  **※①～③のいずれかの適合する項目にチェック☑する** |  |  |  |
|  | ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 | □ | □ | □ |
|  | ②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。 | □ | □ | □ |
|  | ③直接サービス提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。  ※直接サービス提供する職員とは、介護職員、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
| 【共通】 | 当該加算の算定にあたっては、次の事項を適切に行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均を用いその割合について記録していること。この場合、介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していること。  なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者を対象とする。 | □ | □ | □ |
|  | ②勤続年数は、各月の前月の末日時点における勤続年数とすること。  ※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、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。 | □ | □ | □ |
| 37介護職員処遇改善加算 | 下記基準に適合し届け出ている場合、各区分に応じた単位数を算定していますか。  ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。 | □ | □ | □ |
|  | 別途通知（「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」）に基づいて、処理を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)  所定単位数に1000分の39に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。 |  |  |  |
|  | (1)介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。）が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (2)施設において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、東大阪市に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑶介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。  ※経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について東大阪市に届出が必要。 | □ | □ | □ |
|  | ⑷施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を東大阪市に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑸算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑹当該施設おいて、労働保険料の納付が適正に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。  (一)　介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。  (二)　(一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。  (三)　介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  (四)　(三)について、全ての介護職員に周知していること。  (五)　介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。  (六)　(五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ | □ |
|  | (8)(2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●介護職員処遇改善加算(Ⅱ)  所定単位数に1000分の29に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の要件(1)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●介護職員処遇改善加算(Ⅲ)  所定単位数に1000分の16に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (1)上記介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の要件(1)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合していますか | □ | □ | □ |
|  | (2)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。  (一)　次に掲げる要件の全てに適合すること。  ａ　介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。  ｂ　ａの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。  (二)　次に掲げる要件の全てに適合すること。  ａ　介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  ｂ　ａについて、全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ | □ |
| 38.介護職員等特定処遇改善加算 | 下記基準に適合し届け出ている場合、各区分に応じた単位数を算定していますか。  ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。 | □ | □ | □ |
|  | 別途通知（「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」）に基づいて、処理を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)  所定単位数に1000分の21に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。 |  |  |  |
|  | (1)　介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (一)　経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。 | □ | □ | □ |
|  | (二)　施設における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。 | □ | □ | □ |
|  | (三)　介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の２倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。 | □ | □ | □ |
|  | (四)　介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。 | □ | □ | □ |
|  | (2)　当該施設において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該施設の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、東大阪市に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (3)　介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該施設の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について東大阪市に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (4)　当該施設において、事業年度ごとに当該施設の職員の処遇改善に関する実績を東大阪市に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (5)　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | (6)　介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (7)　(2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | (8)　(7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)  所定単位数に1000分の17に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)の要件(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。 | □ | □ | □ |
| 39介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位数に1000分の8に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。 |  |  |  |
| (1)　介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 | □ | □ | □ |
|  | (2)　事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、東大阪市に届け出ていること。 | □ | □ | □ |
|  | (3)　介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について東大阪市に届け出ること。 | □ | □ | □ |
|  | (4)　事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を東大阪市に報告すること。 | □ | □ | □ |
|  | (5)　介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。 | □ | □ | □ |
|  | (6)　(2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。 | □ | □ | □ |

指定(介護予防)短期入所療養介護

第１　基本方針

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １.基本方針  （短期入所療養介護：従来型） | 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| (介護予防短期入所療養介護) | 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行うことにより、利用者の療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| (短期入所療養介護：ユニット型） | 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるように配慮しながら、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| (介護予防短期入所療養介護：ユニット型) | 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ |

２　人員に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| 従業者の員数 | 当該事業所に置くべき医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士及び栄養士の員数が、それぞれ、利用者を当該事業所の本体施設である介護老人保健施設の入所者とみなした場合における介護保険法に規定する介護老人保健施設として必要とされる数が確保されているために必要な数以上となっていますか | □ | □ | □ |

３　設備に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| 設備に関する基準 | 当該事業所の本体施設である介護保険法に規定する介護老人保健施設として必要とされる施設及び設備を有していますか。 | □ | □ | □ |

４　運営に関する基準

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １.内容及び手続きの説明及び同意 | サービスの提供開始の際に、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明し利用申込者の同意を得ていますか | □ | □ | □ |
| 重要事項説明書には、日付、説明者及び利用申込者が漏れなく記載されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。  ※次の各事項の（　）内の事項で記載しているものについて、「□」に✓をしてください。 |  |  |  |
|  | ①運営規程の概要  □事業者情報 □事業所情報 □運営方針及び目的 □定員  □留意事項 □非常災害対策 □通常の送迎の実施地域 □緊急対応  □身体的拘束等原則禁止 □虐待防止措置 | □ | □ | □ |
|  | ②従業者の勤務体制  □職種　　□基準人員数　　□実配置人員数  □職務内容 | □ | □ | □ |
|  | ③利用料及びその他の費用  　　□基本サービス費　　□加算関係　　□その他の費用  　　□滞在費及び食費の負担限度額　□消費税の課税の有無  　　□その他の費用の額をやむを得ず変更する際の手続き　□徴収方法 | □ | □ | □ |
|  | ④事故発生時の対応  □連絡先（市町村）　　□連絡先（利用者の家族）  □連絡先（居宅介護支援事業者）　　□対応策  □損害賠償 | □ | □ | □ |
|  | ⑤苦情処理の体制  □事業所内の処理体制及び連絡先　　□連絡先（保険者）  □連絡先（国保連）　　□連絡先（指定権者） | □ | □ | □ |
|  | ⑥提供するサービスの第三者評価の実施状況  □実施の有無　□直近の年月日　□評価機関の名称  □評価結果の開示状況 | □ | □ | □ |
|  | ⑦その他利用者の選択に役立つ事項（協力病院等）  ※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | 利用者又はその家族が理解しやすいように、分かりやすいものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
| ２.対象者 | 利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に入所して看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある者ですか。 | □ | □ | □ |
| ３.指定短期入所療養介護の開始及び終了 | 居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、指定短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ４.提供拒否の禁止 | 正当な理由なく指定短期入所療養介護の提供を拒んでいませんか。  ※正当とならない事例→要介護度・所得の多寡・ＭＲＳＡ・Ｂ型肝炎等  ※拒否した事例及びその理由を記載してください。 | □ | □ | □ |
| ５.サービス提供困難時の対応 | 当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定短期入所療養介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。 | □ | □ | □ |
| ６.受給資格等の確認 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ７.要介護認定等の申請に係る援助 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| ８.心身の状況等の把握 | 当該サービスの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ９.法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 | 利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定短期入所療養介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 10．居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 | 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った当該サービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
| 11．サービスの提供の記録 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 12．利用料等の受領【法定受領サービス】 | 法定代理受領サービスに該当する指定短期入所療養介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定短期入所療養介護に係る居宅介護サービス費用基準額のうち、利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けていますか。 | □ | □ | □ |
| 利用料について法定代理受領サービスに該当しない指定短期入所療養介護を提供した際にその利用者から支払いを受ける利用料の額と、指定短期入所療養介護に係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護給付費の対象となる指定短期入所療養介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　利用者に当該事業が指定短期入所療養介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定短期入所療養介護事業所の運営規程と別に定められていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　会計が指定短期入所療養介護の事業の会計と区分されていますか。 | □ | □ | □ |
| 【特別な室料】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 【特別な食事料】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 【滞在費】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項（居住費は滞在費と読替え）と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 【食費】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。  ※短期入所療養介護において、食費は一食ごとに分けて設定し、提供した食事分のみ徴収すること。 | □ | □ | □ |
| 【その他の日常生活費】 | 当該費用の徴収に当たっては、利用者又はその家族の希望によるものですか。 | □ | □ | □ |
| 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複関係はないですか。 | □ | □ | □ |
| 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目によるものでなく、費用の内訳を明らかにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、利用者又はその家族の自由な選択に基づいて行われるものであり、入所者又はその家族に事前に十分説明を行い、書面による同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、運営規程に可能な限り具体的な額を定め、施設の見やすい場所に掲示されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の具体的な範囲は、以下のとおりとなっていますか。 |  |  |  |
|  | ・利用者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  （一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品で、利用者等の希望を確認した上で提供されるものであり、利用者に対し、一律に提供し画一的に徴収するこは認められない。） | □ | □ | □ |
|  | ・利用者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  （サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定され、利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用を当該費用として徴収することは認められない。） | □ | □ | □ |
| 【その他の日常生活費以外の費用】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 【領収書】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 13．保険給付の請求のための証明書の交付 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 14．指定短期入所療養介護の取扱方針**（従来型）** | 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、当該利用者の療養を妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| **（ユニット型）** | 利用者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、利用者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、利用者の日常生活を支援するものとして行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者へのサービス提供に当たっては、利用前の居宅における生活と利用後の生活が連続したものとなるよう配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | １人１人の利用者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の意向に関わりなく集団で行うゲームや、日常生活動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われないことをしていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 各ユニットにおいて利用者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者のプライバシーの確保に配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の自立した生活を支援することを基本として、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等（指定短期入所療養介護計画の目標、内容、行事、日課等を含む）について、理解しやすいように説明を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| **(従来型)** | 相当期間（概ね４日）以上連続して利用する者については、短期入所療養介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ４日未満の利用者にあっても、利用者を担当する居宅介護支援事業者等と連携とること等により、利用者の心身の状況を踏まえて必要な療養を提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。 |  |  |  |
| **（共通）** | 自らその提供する指定短期入所療養介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| 身体拘束等の原則禁止 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 15．短期入所療養介護計画の作成 | 管理者は、相当期間（概ね４日）以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに医師の診療方針に基づき、短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して、他の従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所療養介護計画を作成していますか。  ※施設に介護支援専門員がいる場合には、介護支援専門員に短期入所療養介護計画作成のとりまとめを行わせること。介護支援専門員がいない場合には、療養介護計画作成の経験を有する者に作成をさせることが望ましい。 | □ | □ | □ |
|  | 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿って作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 短期入所療養介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 短期入所療養介護計画を作成した際には、当該計画を利用者又は家族に交付していますか。 | □ | □ | □ |
| 16 介護予防短期入所療養介護の基本取扱方針 | 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 自らその提供する指定介護予防短期入所療養介護の質の評価を行うとともに主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| 指定介護予防短期入所療養介護の提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者が有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定介護予防短期入所療養介護の提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 17 介護予防短期入所療養介護の具体的取扱方針 | 指定介護予防短期入所療養介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、病状、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 管理者は、相当期間（概ね４日）以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防短期入所療養介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防短期入所療養介護計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 相当期間（概ね４日）未満の利用者にあっても、担当する介護予防支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の介護予防短期入所療養介護計画を作成した利者に準じて、必要な介護及び機能訓練等の支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護予防短期入所療養介護計画は、すでに介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護予防短期入所療養介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護予防短期入所療養介護計画を作成した際には、当該介護予防短期入所療養介護計画を利用者に交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護予防短期入所療養介護計画が作成されている場合は、当該計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定介護予防短期入所療養介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 18．診療の方針 | 常に利用者の病床や心身の状態の把握に努めていますか。特に診療にあたっては、的確な診断をもととし、入所者に対して必要な検査、投薬、処置等を妥当適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入院患者の病状の急変等により、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記以外については、当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 19.機能訓練 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 20．看護及び医学的管理の下における介護 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 21．食事の提供 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 22．その他のサービスの提供 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 23．利用者に関する市町村への通知 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 24．管理者の責務 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 25．運営規程 | 以下の内容が適切に規定されていますか。 |  |  |  |
|  | ①事業の目的及び運営の方針 | □ | □ | □ |
|  | ②従業者の職種、員数及び職務の内容 | □ | □ | □ |
|  | ③指定短期入所療養介護の内容  　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ④利用料及びその他の費用の額  　※以下の事項で記載しているものの「□」に✓をすること。  　　　□事業所が徴収する全ての利用料等（介護報酬以外）  □滞在費及び食費の負担限度額  　　　□消費税の課税の有無  　　　□利用料変更に係る手続き関係 | □ | □ | □ |
|  | ⑤通常の送迎の実施地域 | □ | □ | □ |
|  | ⑥施設利用に当たっての留意事項  　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
|  | ⑦非常災害対策 | □ | □ | □ |
|  | ⑧虐待の防止のための措置に関する事項（令和６年３月31日までは努力義務） | □ | □ | □ |
|  | ⑨その他事業所の運営に関する重要事項  　・身体的拘束等の原則禁止  　・感染症対策  　・その他の重要事項  　　※主な事項を記載 | □ | □ | □ |
| 26．勤務体制の確保等 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 27.　業務継続計画の策定等 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 28．定員の遵守 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 29．非常災害対策 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 30.衛生管理等 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 31.掲示 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 |  |  |  |
| 32.秘密保持等 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 33.居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 34.苦情処理 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 35.地域等との連携 | 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 36．地域との連携等 | 事業の運営に当たっては、提供した指定短期入所療養介護に関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 37.事故発生時の対応 | サービス提供により、事故が発生した場合、居宅介護支援事業者等に連絡を行うほか、当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 38.虐待の防止 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 39.会計の区分 | 当該サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。 | □ | □ | □ |
| 40.記録の整備 | 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 記録者は特定できますか。 | □ | □ | □ |
|  | 各記録が鉛筆書きではなく、ペン書きやコピー等保存性に配慮したものとしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対する当該サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、次に掲げる日から５年間保存していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　短期入所療養介護計画：計画完了の日 | □ | □ | □ |
|  | ②　①以外は、当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 41.指定の変更 | 厚生労働省令で定める事項について、届け出た事項に変更があった場合、変更した日から10日以内に変更届を提出していますか。 | □ | □ | □ |

５.介護給付費の算定及び取扱い

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **できていない** | **該当無** |
| １.端数処理 | 単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 算定される単位数から金額に換算する際に生ずる１円未満（小数点以下）の端数は切り捨てていますか。 | □ | □ | □ |
| (利用日数の数え方等) | 利用の日数については、利用の開始日及び終了日の両方を含めて、短期入所療養介護費を算定していますか。  ※以下の事項に該当する場合は、それぞれの事項のとおり取扱うこと。 | □ | □ | □ |
|  | 当該事業所と短期入所生活介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）が次の位置関係にある場合、当該施設に入所した日は含み退所した日は含めずに、施設サービス費を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　当該事業所と介護保険施設等が同一敷地内にある場合 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該事業所と介護保険施設等が隣接若しくは近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合 | □ | □ | □ |
|  | 当該事業所の利用者が、当該事業所と次の位置関係にある病院又は診療所の医療保険適用病床（以下「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。）へ入院した場合又は同一敷地内等の医療保険適用病床から退院した場合、当該事業所における利用の開始日及び終了日は利用の日数に含めずに、短期入所療養介護費を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該施設と医療保険適用病床が隣接又は近接する敷地にあって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合 | □ | □ | □ |
|  | 当該サービス終了日に、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び通所リハビリテーションのサービスを受けていませんか。 | □ | □ | □ |
| ２.短期入所療養介護費  (経過措置等) | 居室の区分に応じて所定単位数を算定していますか。 |  |  |  |
| 従来型個室において、次の事項に該当する場合は、多床室の所定単位数を算定していますか。 |  |  |  |
|  | ①感染症等により、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への利用期間が30日以内の場合  ※医師の判断が明確でないものは対象とならない。 | □ | □ | □ |
|  | ②従来型個室の面積が内法による測定で、8.0㎡以下の場合 | □ | □ | □ |
|  | ③著しい精神症状等により、同室の他の利用者等の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した場合  ※医師の判断が明確でないものは対象とならない。 | □ | □ | □ |
| 【施設基準】  【基本型】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは(ⅲ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）の基準を満たす場合、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【在宅強化型】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅱ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）の基準を満たす場合、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | リハビリテーション機能強化加算を本体報酬に包括化したことを踏まえ、以下の事項について留意していますか。 |  |  |  |
|  | ①　介護老人保健施設における短期入所療養介護においては、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、利用者の状態に応じ、利用者に必要な理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適宜適切に提供できる体制が整備されていること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせて利用者の状態に応じて行うことが必要であり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又は聴覚機能に係る活動向上訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該訓練により向上させた諸活動の能力については、常に看護師等により日常生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　理学療法、作業療法又は言語聴覚療法は、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のため、訓練の専用施設外においても訓練を行うことが可能であるが、言語聴覚療法を行う場合は、車椅子・歩行器・杖等を使用する患者が容易に出入り可能であり、遮音等に配慮された部屋を確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うに当たっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行っていますか。  ※リハビリテーション実施計画に相当する内容を短期入所療養介護計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を行う場合は、開始時に利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能ですか。 | □ | □ | □ |
| 【特定介護老人保健施設短期入所療養介護費】 | 難病等を有する中重度者又は末期の悪性腫瘍の利用者であって、サービスの提供に当たり、常時看護職員による観察を必要とする者に対して、日中のみの指定短期入所療養介護を行った場合に、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画に位置付けられた内容の指定短期入所療養介護を行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定していますか。  ※短期入所療養介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないこと。 | □ | □ | □ |
| 【夜勤職員】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設において夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たしていない場合には、当該事業所の利用者に対しても本体施設と同様に短期入所療養介護費を所定単位数の100分の97で算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【定員超過】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設において定員を超過している場合には当該事業所の利用者に対しても本体施設と同様に短期入所療養介護費を所定単位数の100分の70で算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【人員欠如】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設において人員欠如となっている場合には、当該事業所の利用者に対しても本体施設と同様に短期入所療養介護費を所定単位数の100分の70で算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【ユニットケア体制】 | ユニットにおける職員の員数が、以下のユニットにおける職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【予防も同様】 | ①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 | □ | □ | □ |
|  | ②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。 | □ | □ | □ |
| 【特定入所者介護サービス費（補足給付）】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該費用（居住費を滞在費と読替え、外泊に係る取扱いを除く）と同様に請求していますか。 | □ | □ | □ |
| ３.夜勤職員配置加算  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における夜勤職員配置加算の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ４.個別リハビリテーション実施加算  【予防も同様】 | 医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを20分以上行った場合に、１日につき240単位を所定単位数に加算していますか。  ※４日以内の利用者についても、算定している場合は短期入所療養介護計画の作成も必要。 | □ | □ | □ |
|  | 介護老人保健施設短期入所療養介護費サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| ５.認知症行動・心理症状緊急対応加算  【予防も同様】 | 以下の基準を満たす場合に、１日につき200単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
| 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所療養介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、当該短期入所療養介護事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護を開始していますか。  ※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。 | □ | □ | □ |
|  | 次に掲げる者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合には本加算は算定していませんか。  ・病院又は診療所に入院中の者  ・介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者  ・認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 | □ | □ | □ |
|  | 医師が判断した当該日又は、その次の日に利用開始していますか。  ※本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象とならない。 | □ | □ | □ |
|  | 利用開始日から７日を限度として算定している。  ※本加算は、「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受入れる際の初期の手間を評価したものであり、利用開始後８日目以降の短期入所療養介護の利用を妨げるものではないことに留意すること。  ※緊急短期入所受入加算との併算定は不可。 | □ | □ | □ |
|  | 判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事業所において、判断を行った日時、医師名及び利用開始にあたっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していますか。 | □ | □ | □ |
| ６.緊急短期入所受入加算 | 以下の者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合に、当該指定短期入所療養介護を開始した日から起算して７日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日）を限度として、１日につき90単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急利用者のみに算定していますか。  ※「緊急利用者」とは、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていない者をいう。なお、新規の利用者に限られるものではなく、既に当該事業所で緊急短期入所受入加算の算定実績のある利用者も算定対象となる。 | □ | □ | □ |
|  | あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めていますか。  ※ただし、やむを得ない事情により、事後に介護支援専門員により当該サービス提供が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録している。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 既に緊急利用者を受け入れているために緊急の利用を希望している者を受け入れることが困難な場合は、利用希望者に対し、別の事業所を紹介するなど適切な対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 算定対象期間は原則として７日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談している。  ※ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、７日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができる。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ７.若年性認知症利用者受入加算【予防も同様】 | 届け出て若年性認知症利用者に対して指定短期入所療養介護を行った場合、１日につき120単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
| 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていますか。  ※担当者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| ８.重度療養管理加算 | 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）及びユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）を算定している場合について、利用者（要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者に限る。）であって、以下の状態（※）にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合には、重度療養管理加算として１日につき120単位を加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※次のいずれかに該当する状態 |  |  |  |
|  | イ  常時頻回の喀痰吸引を実施している状態  ※当該月において１日当たり８回（夜間を含め約３時間に１回程度）以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。  ロ  呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態  ※当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。  ハ  中心静脈注射を実施している状態  ※中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。  ニ  人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態  ※人工腎臓を各週２日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。  ａ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病  ｂ 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）  ｃ 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの  ｄ 出血性消化器病変を有するもの  ｅ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの  ｆ うっ血性心不全（ＮＹＨＡⅢ度以上）のもの  ホ  重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態  ※持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90％以下の状態で常時、 心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。  ヘ  膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の４級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態  ※当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。  ト  経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態  ※経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。  チ  褥瘡に対する治療を実施している状態  ※以下の分類で第３度以上に該当し、 かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。  第１度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）  第２度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）  第３度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある  第４度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している  リ  気管切開が行われている状態  ※気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の算定にあたっては、以下の事項を適切に行っていますか。 |  |  |  |
|  | ①　当該医学的管理の内容等を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　重度療養管理加算を算定できる利用者は、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であるか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載していますか。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護老人保健施設短期入所療養介護費サービス費（Ⅳ）又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費【その他型】を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| ９.在宅復帰・在宅療養支援機能加算  【予防も同様】 | ●在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）  当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該加算の基準を満たし届けている場合、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ●在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）  当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該加算の基準を満たし届けている場合、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 10.送迎加算  【予防も同様】 | 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合に、片道1回につき184単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
| 送迎に係る記録として、利用者、送迎者、送迎先等が明確にされていますか。 | □ | □ | □ |
| 送迎先が、利用者の都合による場合を含めて居宅以外となったときに、当該加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 送迎の実施については、運営規程に定める実施地域の範囲内となっていますか。 | □ | □ | □ |
| 送迎が運営規程に定める実施地域の範囲外となる場合で、別途利用料の徴収に当たっては、運営規程にその利用料を規定していますか。 | □ | □ | □ |
| 11.３０日を超える利用  【予防も同様】 | 利用者が連続して30日を超えて指定短期入所療養介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所療養介護については、短期入所療養介護費を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 12. 総合医学管理加算 | 居宅サービス計画において短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携し、利用者又は家族の同意の上、治療管理を目的として、短期入所療養介護が行われた場合に７日を限度として１日につき275単位を算定していますか。  ※利用にあたり、医療機関における対応が必要と判断される場合にあっては、速やかに医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取りはからう必要がある。 | □ | □ | □ |
|  | 利用にあたり、診断等に基づき、診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行っていいますか。 | □ | □ | □ |
|  | 算定する場合にあっては、診療方針、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用終了日から７日以内に、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を交付していますか。。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、主治の医師からの当該利用者に係る問合せに対しては、懇切丁寧に対応していますか。  ※主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。 | □ | □ | □ |
|  | 利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急時施設療養費を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 13.療養食加算 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該加算の基準を満たし届けている場合、当該施設と同様に**８単位**を算定していますか | □ | □ | □ |
| 14.認知症専門ケア加算  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における認知症専門ケア加算の基準を満たし届け出ている場合に、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 15.緊急時施設療養費 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該療養費の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 【緊急時治療管理】  【特定治療】  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該療養費の基準を満たす場合に、当該施設と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 16.サービス提供体制強化加算 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該加算の基準を満たし届けている場合、当該施設と同様に算定していますか | □ | □ | □ |
| 17.介護職員処遇改善加算  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護職員処遇改善加算と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 18.介護職員等特定処遇改善加算  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護職員等特定処遇改善加算と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 19介護職員等ベースアップ等支援加算  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護職員等ベースアップ等支援加算と同様に算定していますか。 | □ | □ | □ |