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。

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

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

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

第１ 基本方針

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| （従来型） | 介護老人保健施設は、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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 地域や家庭よ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** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **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　病院、診療所と併設されている施設で、複数の医師が勤務する形態の場合、常勤換算方法で１人以上配置していますか。  ※常勤換算豊富で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あてていますか。  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  ※具体的には、①社会福祉士、社会福祉主事　②大学等で社会福祉に関する科目を履修した者　③保健医療、福祉行政に一定期間従事した経験のある者　④保健医療、福祉関係施設に一定期間従事した経験のある者　⑤保健医療、福祉関係の研修を履修した者　のいずれかであることが必要。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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 | 常勤の者を１以上配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７.介護支援専門員 | 入所者の数が100又はその端数を増すごとに１人配置していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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居宅介護支援事業所と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ヶ月超1年未満は直近６月平均。１年以上は直近１年間平均） | □ | □ | □ | □ | □ |

第３　施設及び設備に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １．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㎡以上を標準としていますか。  （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㎡とする。） | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ２人部屋がある場合は21.3㎡以上を標準としていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居室はいずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、10人を超えるユニットも認められる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 上記※の場合であっても下記の要件を満たしていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　「おおむね10人」と言える範囲内の入居定員ですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　10人を超えるユニット数は、総ユニット数の半分以下ですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| （共通） | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 療養室は、鍵の無い構造となっていますか。  ※　部屋の中から開けられない鍵をつけていませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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  （従来型） | 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 | 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 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11.廊下  （共通） | 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。。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12.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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13.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すか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。  ※　変更した日から10日以内に提出すること。  具体的な事項 | □ | □ | □ | □ | □ |

第４ 運営に関する基準

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | | **できている** | **一部できている** | | **できていない** | | **分からない** | **該当無** |
| １．内容及び手続きの説明及び同意 | サービスの提供開始前に、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、説明を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を得ていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には利用者の署名・捺印を受けていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 重要事項説明書と運営規程間で内容が相違していませんか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 重要事項説明には以下の内容が記載されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | |  |  | | --- | --- | | 事業者、施設の概要（名称、住所、所在地、連絡先等） | 有・無 | | 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービス内容及び提供方法など） | 有・無 | | 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有・無 | | 指定介護老人保健施設の内容及び利用料　その他費用の額  （基本サービス費・加算関係・その他の費用等） | 有・無 | | 利用料の請求及び支払方法について等 | 有・無 | | 協力病院・協力歯科 | 有・無 | | 入退所等に当たっての留意事項 | 有・無 | | 衛生管理について | 有・無 | | 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について | 有・無 | | 緊急時の対応方法及び連絡先 | 有・無 | | 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む。） | 有・無 | | 非常災害対策について | 有・無 | | 高齢者の虐待防止に関する項目 | 有・無 | | 身体拘束の原則禁止について | 有・無 | | 苦情処理の体制及び手順、苦情相談窓口の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など） | 有・無 | | サービス提供の記録 | 有・無 | | 地域との連携について | 有・無 | | サービスの第三者評価の実施の有無（※必須） | 有・無 | | サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額の目安など） | 有・無 | | 事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄 | 有・無 | | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | サービスの提供開始について、入居者と契約書を交わしていますか。  ・契約の内容は、不当に入居者の権利を侵害若しくは制限するものとなっていませんか。  ・契約書には少なくとも、介護サービスの内容及び利用料その他費用の額、契約解除の条件を記載していますか。  ・契約書への署名押印等は次のとおりとしていますか。  　事業者側：法人所在地。法人名称・法人代表者を記載の上、法人代表者印を押印していますか。  　利用者側：利用者又は法定代理人の住所・氏名を記載の上、押印していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ２.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.受給資格及び介護保険負担割合証の確認 | 入所申込者の被保険者証及び介護保険負担割合証で、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間、負担割合を確認していますか。  （確認の具体的な方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  被保険者証の写し若しくはその内容を記録したものが整備されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 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.要介護認定等の申請に係る援助 | 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ますかどうかを確認し、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 | 介護老人保健施設は、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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。  【参加していない職種：　　　　 　　　　　　　　　　　 】 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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、家庭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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 主な退所先は居宅となっていますか。　　　※短期入所者含む  前年度退所者数（　　　　　　　）名　うち退所先が居宅の者（　　　　）名  　平均入所期間（　　　　　　　）日 | |  |  | |  | |  |  |
|  | 入所期間が長くなっていませんか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ７.サービス提供の記録 | 当該入所者の被保険者証に、次の事項を記載していますか。 | | | | | | | | |
| ①入所年月日 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②介護保険施設の種類及び名称 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ③退所年月日 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 介護保健施設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、入所者の心身の状況その他必要な事故を記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該記録は、そのサービス提供を開始した日から５年間保存していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 当該居室の定員の合計数は運営規程に定められている入所者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を行われていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 食堂、食器等の食事の提供を行う環境について衛生管理がなされていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該食事を提供することによって特別や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利用者等に対して、入所者が選定する特別な食事の提供を行えること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・当該食事の内容および料金 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該食事を提供する場合は、入所者の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得ていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該食事の提供に係る利用料の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約をしていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 【預り金】 | 預り金の管理方法は以下のとおり適切に行っていますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　預かり金管理規定を整備していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ②　責任者及び補助者を選定し、印鑑と通帳を別々に保管していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ④　入所者との保管依頼書（契約書）や預り証、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| （その他の日常生活費以外の費用） | 施設が行う便宜の供与であっても、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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 【領収書】 | 入所者又はその家族に対して、費用区分を明確にした領収書を交付していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 領収書には消費税の課税・非課税の区分、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ９.保険給付の請求のための証明書の交 | 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又はその家族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 | 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、画一的なものにならないよう配慮していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 介護保健施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、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。 | | □ | □ | | □ | | □ |  |
|  | 一人一人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ |  |
|  | 入居者の意向に関わりなく集団で行うゲームや、日常動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われ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、入所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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| **（共　通）** | 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| （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、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間等以下の事項を記録していますか。 | | | | | | | | |
| ①　どのような身体拘束等を行うか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②　いつからいつまで身体拘束等を行うか。（設定期間は概ね１月となっていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ③　その際の入所者等心身の状況はどのようであるか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 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、書面による同意を得ていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合、ケ－ス検討会議等で他に方法がないかどうか検討していますか。  ケース検討会議の構成メンバー  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  開催頻度　　　　　　回／  ※開催頻度は概ね２週間に１回以上になっていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。  委員会の構成メンバー  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  開催頻度　　　　回／  ※３月に１回以上の実施がない場合、減算対象となる。  ※委員会は、幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の身体拘束等の適正化対応策を担当する者を決めていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 身体的拘束等について報告するための様式を整備していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、整備された様式に従い、身体的拘束等について報告していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 身体的拘束適正化検討委員会において、報告された事例を集計し、分析していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 事例の分析に当たっては、発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 適正化策を講じた後に、その効果について評価していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 身体的拘束等の適正化のため、次のような項目を盛り込んだ指針を整備していますか。 | | | | | | | | |
| ・施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年２回以上）に実施していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 【研修参加・実施状況】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | | | | | | | | | |
| 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提供を行っていますか。** | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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われていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入所者一人について、週２回上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（以下「関連スタッフ」という。）が共同して、入所者ごとのリハビリテーション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.看護及び医学的管理の下における介護 | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入浴の実施状況  ・一般浴（入所者1人当たり）　週　　回　　・中間浴（入所者1人当たり）　週　　回  対象者数：　　　人　　入浴日：　　　　　　　対象者数：　　　人　　入浴日：  ・特別浴（入所者1人当たり）　週　　回  　対象者数：　　　人　　入浴日：  ・当日入浴できない者の処遇状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| **(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。  ※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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について、必要な援助を行っていますか。  ※　オムツ使用等の状況  使用者数　　　　人（うち夜間のみ使用者数　　　人）  定時交換回数　　回、トイレ誘導者数　　人、 誘導回数　　回 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | おむつを使用せざるを得ない入所者について、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| （褥瘡対策） | 褥瘡患者の状況　　　　年　　　月　　　日　現在　　名  うち、入所前から　　　　　名　　　　入所後発症　　名 | | | | | | | | |
|  | 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともにその発生を予防するために、例えば以下のような体制を整備していますか。 | | | | | | | | |
|  | ・褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度の低い入所者等）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。  職種・名： | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置していますか。  構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  開催頻度　　　回/ | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・褥瘡対策のための指針を整備していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 離床、着替え、整容その他日常生活の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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 16.食事の提供  (共通) | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 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  　利用者　　　　名に対して職員　　　　名 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②　夕食は午後６時以降に配膳されていますか。  ■・夕食　－　配膳時刻　　　　時、食事時間　　　　時～　　時  利用者　　　　名に対して職員　　　　名 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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ように努めるとともに、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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 配膳にあたる職員は事前の手洗い等、衛生状態を確保していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 配膳等を入所者とともに行う場合に、入所者の衛生状態も確保していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 食事は入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 食事の提供に関する業務を、第三者に委託する場合には、当該施設の管理者が業務遂行上必要な任意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質を確保していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 療養室関係部門と食事関係部門の連携・食事内容の検討を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| **(ユニット型)** | 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入所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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入所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、入所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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| （栄養マネジメント**実施**施設） | 食事の安全面、衛生面は確保されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 食事の嗜好を栄養ケアマネジメント等により把握するとともに、喫食状況（食事の摂取量、残食結果等）を記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| （栄養マネジメント**未実施**施設） | ①　検食は毎食前に行われ、その結果が検食簿に記録されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②　検食簿には、衛生面の項目（異物の混入・適切な加熱状況・異味異臭）が設けられていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ③　検食は施設長以下職員が交代で行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 嗜好調査を定期的行っていますか。■実施回数（　年　　回) | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 喫食調査（残食調査）を行い、記録を残していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 以下の食事関係書類を作成していますか。 | | | | | | | | |
| ①　検食簿（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②　喫食調査結果（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ③　食事せん | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ④　献立表 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑤　入所者の入退所簿（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑥　食料品消費日計（栄養マネジメント未実施施設のみ） | |  |  | |  | |  |  |
|  | ⑦　入所者年齢構成表（栄養マネジメント未実施施設のみ） | |  |  | |  | |  |  |
|  | ⑧　給与栄養目標量に関する帳票（栄養マネジメント未実施施設のみ） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 17.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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 18.その他のサービスの提供 | 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、入所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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 19.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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 20.管理者による管理 | 管理者は、専ら当該施設の職務に従事する常勤の職員ですか。  ※ただし、管理上支障がない場合は、同一敷地内にある事業所、施設等の職務に従事することができる。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 21.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「枚方市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 22.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。 | | | | | | | | |
| 入所に際して、入所申し込み者に係る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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 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、定期的な検討していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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（内容の把握でも可）。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑤　事故の状況及び事故に際して採った処置の記録（内容の把握でも可）。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 23.運営規程 | 以下に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めていますか。 | | | | | | | | |
|  | ・施設の目的及び運営方針　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・従業者の職種、員数及び職務の内容　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・入所定員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・入所者に対する介護保健施設サービスの内容　　　　（ 有 ・ 無 ）  利用料その他の費用の額　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・施設の利用に当たっての留意事項　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・緊急時等における対応方法　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・非常災害対策　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・その他施設の運営に関する重要事項　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ※「その他施設の運営に関する重要事項」について、やむをえず身体的拘束等を行う際の手続きについて定めていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 24.勤務体制の確保等 | 入所者に対し、適切な介護保健施設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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ユニットリーダー研修修了者が２名以上いますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 人権研修の実績について   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | | | | | | | | | |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 25.定員の遵守 | 施設の入所定員を遵守していますか。  　　　　年　　月　　日現在  　　施設定員　　　人　利用者　　　人（うち入院　　　人） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 療養室の定員を遵守していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| **(ユニット型)** | ユニットごとの入居定員を遵守していますか。  　　年　　月　　日現在  　施設定員　　　人　利用者　　　人（うち入院　　　人） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 26.非常災害対策 | 非常災害に関する具体的計画はありますか。 | 計画の有無 | | | | | | | |
| ※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第３条に規定する消防計画（これに準ずる計画書を含む）及び**水害・土砂災害・地震等**の災害に対処するための計画（マニュアルを含む）をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第８条の規定により防火管理者を置くこととされている施設にあってはその者に行わせることになります。　また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせることになります。 | 火　災 | | | □ | | □ | | □ |
| 水　害 | | | □ | | □ | | □ |
| 土砂災害 | | | □ | | □ | | □ |
| 地震災害 | | | □ | | □ | | □ |
|  | | | | | | | |
|  | 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。  ※「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう職員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めたものです。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ①　定期的に必要な訓練を行っていますか。（年２回以上） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ②　うち１回は夜間を想定した訓練を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　火災訓練以外に水害・土砂災害・地震等の訓練を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ●火災訓練の実施状況　※前年度及び今年度の実施状況（予定を含む）を記入してください。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | | | | | | |
|  | ●水害・土砂災害・地震等の避難訓練の実施状況   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実施日 | 発生想定時間 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |  | 日中・夜間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | | | | | | |
|  | 消防計画の樹立及び消防業務の実施は、防火管理者が行っていますか。  消防計画の提出　　　　年　　月　　日  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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 非常時に備え備蓄を行っていますか。 | | | | | | | | |
| ①　食糧・飲料水及び生活必需品等の備蓄を行っていますか。  （生活必需品）  医薬品、毛布、紙おむつ、簡易トイレ、暖房器具、携帯電話用バッテリーチャージャー、懐中電灯　等 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②　備蓄は入所者分のみでなく、職員分も備蓄していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ③　備蓄は３日分程度確保されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 福祉避難所の指定を受けていますか。  　※指定を受けている場合、受入人数（　　　　　名程度）  　※受け入れている場合、受入人数分の備蓄を行っていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 27.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、常に0.2～0.4mg/l以上を保ち、最大0.1mg/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ますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。  （薬務課作成の「向精神薬の取扱いについて（老健施設）」参照のこと） | | | | | | | | |
|  | 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、速やかに枚方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。  （薬務課作成の「覚せい剤原料の取扱いについて（老健施設）」参考 | | | | | | | | |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 感染症または食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めていますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 委員会は概ね３月に１回以上、定期的に開催するとももに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じて随時開催し、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。  委員会の構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　人数　　　　　人　　開催頻度　　回/　　　記録の有無　　有　・　無 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 専任の感染対策を担当する職員（看護師が望ましい）を決めていますか。  　職種・名： | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ②　感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応が規定されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 発生時における施設内の連絡体制や医療機関等の関係機関への連絡体制が明記されていますか。  ※　平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液。分泌液、排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等  　発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等  「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を参照 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 当該指針の内容を職員に周知していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 業務委託者に対する指針の周知　　　実施・未実施 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　感染症マニュアルを整備していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 感染症マニュアルに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  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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ④　職員に対し感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を年2回以上定期的に開催していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 新規採用時には感染対策研修を実施していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 研修日 | 研修内容 | 研修区分 | 参加職種 | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | |  |  | 内部・外部 |  | | | | | | | | | |
|  | 研修の内容を記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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。  ・  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。  ・  同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。  ・  上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告し、施設長は必要な指示を行う等、感染症管理体制の徹底を図るための体制整備や感染症の対応方策が整備されていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 加湿器を設置している場合、レジオネラ菌による感染防止のため、タンクの水を毎日交換し、加湿装置の汚れを一月に１回以上点検するなどの必要な措置を講じていますか。  ※　厚生労働省告示第264号「レジオネラ症を予防するための必要な措置に関する技術上の指針」 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 28.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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・協力病院の概要   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 名　称 | 契約書等 | 搬送想定時間 | 診　療　科　目 | 病床数 | |  | 有・無 | 分 |  |  | |  | 有・無 | 分 |  |  | |  | 有・無 | 分 |  |  | | | | | | | | | |
|  | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 協力歯科医療機関を定めておくよう努めていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・協力歯科の概要   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 名　称 | 契約書等 | 訪問診療 | 所在地 （市町村・区名） | 施設からの 距離 | |  | 有・無 | 有・無 |  | ㎞ | |  | 有・無 | 有・無 |  | ㎞ | |  | 有・無 | 有・無 |  | ㎞ | | | | | | | | | |
| 29.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。 | | | | | | | | |
|  | ①　運営規程の概要 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ②　従業者の勤務体制 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　協力病院 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ④　利用料その他の額 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑤　食事の週間メニュー | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑥　虐待に係る通報窓口（市町村） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ⑦　その他のサービスの選択に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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 30.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また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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 居室やな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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 31.居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 居宅介護支援事業所又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 居宅介護支援事業所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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 32.苦情処理 | 提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 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：職・名　（　　　　　　　　　　）  苦情受付担当者職：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。  　イ、第二種社会福祉事業を行っている施設で第三者委員を設置していない場合  　口、それ以外の施設で第三者委員を設置していない場合 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 33.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者が介護相談員の受け入れや広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 34.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周知していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 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銃強者に周知徹底していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑥　防止策を講じた後に、その効果について評価していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 事故発生防止のための委員会を設置し、専任の安全対策を担当する者を決めていますか。  委員会の構成メンバー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  人数　　　　人　　開催頻度　　回/ 記録の有無　有・無  専任の安全対策を担当する者  職種・名： | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 事故発生の防止のための研修を、年2回以上開催していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | | | | | | | | | |
|  | 研修の実施内容について、記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 事故発生時は、速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 事故の状況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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 35.会計の区分 | 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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 36.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。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 入所者に対するサービス提供に関する諸記録を整備し、その提供の日から５年間保存していますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　施設サービス計画（当該計画の完了の日から５年間）  ②　居宅への復帰の可能性についての検討の記録  ③　診療録その他サービス提供の内容に係る記録  ④　緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録  ⑤　市町村への通知に係る記録　４「20.入所者に関する市町村への通知」を参照）  ⑥　苦情の内容等の記録  ⑦　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 37.広告制限 | 広告は下記事項に限定していますか。 | | | | | | | | |
|  | ①　施設の名称、電話番号及び住所  ②　施設に勤務する医師及び看護職員の氏名  ③　施設及び構造設備に関する事項  ④　職員の配置数  ⑤　提供されるサービスの種類及び内容（医療内容に関するものを除く）  ⑥　利用料の内容  ⑦　その他枚方市長の許可を受けた事項 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 38.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したときは、枚方市長の許可を受けていますか。  具体的な事項  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 39.開設許可等の変更届出 | 開設者の住所その他運営に関する基準に変更があった場合、速やか変更届出を枚方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。  　具体的な事項  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 40高齢者虐待の防止  【高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律】 | 施設の従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 入所する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていませんか。 | | | | | | | | |
| ①　高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ②　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ④　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑤　高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 高齢者虐待の防止について、従業者への研修の実施、サービスの提供を受ける利用者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備等による虐待の防止のための措置（人権研修等）を講じていますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 研修実施状況   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | | | | | | | | | |
|  | 研修の実施内容を記録していますか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 41 介護職員によるたん吸引等の取扱い  【社会福祉士及び介護福祉士法】 | 事業所の介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合、下記の内容を満たしているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 喀痰吸引等について、「認定特定行為業務従事者」として認定された者が行っているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等を行わせている場合、事業所を「登録特定行為事業者」として大阪府に登録しているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| 登録特定行為事業者として実施する喀痰吸引等の特定行為は、認定特定行為従業者の行える行為の範囲で登録しているか。  （たん吸引）   * 口腔内　　　　□　鼻腔内　　　　□　気管カニューレ内   （経管栄養）  胃ろう又は腸ろう　　　　□　経鼻経管栄養 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| （１）医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年12月15日厚生省令第49号）」で定める下記の基準に適合しているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ①　介護福祉士（認定特定行為業務従事者）による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ②　喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士（認定特定行為業務従事者）と共有することにより、適切な役割分担を図っているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　対象者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記録した計画書を作成しているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ④　喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随時看護職員に報告しているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑤　作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑦　対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑧　①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | （２）喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されているとともに、その他安全かつ訂正に実施するために以下の必要な措置を講じているか。 | | | | | | | | |
|  | ①　喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせているか。  認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉等に対し、喀痰吸引等業務を行わせた場合は、登録取り消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ②　医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他対象者の安全を確保するために必要な体制を確保しているか。  　【委員会のメンバー】  　・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。  　　※メンバーの職種記載  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　※安全委員会は、多職種から構成すること。  　　※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 〈安全確保体制における具体的取組内容〉  安全委員会等においては、以下につい取り決めを行っているか。 | | | | | | | | |
|  | ・当該委員会の設置規定に関すること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・喀痰吸引等業務従業者等の教育等に関すること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
| ・その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関すること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | 安全委員会等の運用上の留意事項〉  安全委員会等の運用においては、以下の点に留意しているか。  喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ・当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ③　喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ④　備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑤　計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | ⑥　喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じているか。 | | □ | □ | | □ | | □ | □ |
|  | （3）登録の変更は適切に行っているか。  □法人の名称　　□法人の住所　　□法人の代表者　□法人の寄付行為又は定款  □事業所の名称　□事業所の所在地　□業務方法書  □喀痰吸引等業務従業者の名簿　□登録特定行為  □個別の緊急連絡網（特定の者対象の場合のみ） | | □ | □ | | □ | | □ | □ |

第５業務管理体制の整備

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

第６ 介護給付費の算定及び取扱い

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １.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)をおこなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、当該施設に入所した日又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、当該施設へ入院した日又は退院した日は入院の日数に含めずに、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従来型個室の床面積が8.0㎡未満であること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）又は（ⅲ）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、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　次に掲げるＡ+Ｂ+Ｃ+Ｄ+Ｅ+Ｆ+Ｇ+Ｈ+Ｉ+Ｊにより算定した数が20以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ａ　算定日が属する月の前６月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が１月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の50を超える場合は20、100分の50以下であり、かつ、100分の30を超える場合は10、100分の30以下である場合は0となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定日が属する月の前６月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は、以下の式より計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（（ⅱ）に掲げる数－（ⅲ）に掲げる数）】  （ⅰ）算定日が属する月の前６月間における居宅への退所者で、当該施設における入所期間が１月間を超えていた者の延数  （ⅱ）算定日が属する月の前６月間における退所者の延数  （ⅲ）算定日が属する月の前６月間における死亡した者の総数  ※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については、当該入院期間は入所期間とみなす。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含んでいませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （ⅱ）に掲げる数－（ⅲ）に掲げる数が０の場合、算定日が属する月の前６月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は０としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｂ　30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が100分の10以上である場合は20、100分の10未満であり、かつ100分の５以上である場合は10、100分の５未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、短期入所療養介護の利用者を含んでいませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 平均在所日数については、直近３月間の数値を用いて、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数】  （ⅰ）当該施設における直近３月間の延入所者数  （ⅱ）（当該施設における当該３月間の新規入所者の延数＋当該施設における当該３月間の新規退所者数）÷２ | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 新規入所者数とは、当該３月間に新たに当該施設に入所した者の数をいい、当該３月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、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については、新規入所者数には算入していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 新規退所者数とは、当該３月間に当該施設から退所した者の数をいい、当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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については、新規退所者数には算入していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｃ　入所者のうち、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ことが見込まれる居宅を訪問し、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（退所後にその居宅ではなく、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を含む。）を行った者の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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ことが見込まれる居宅を訪問し、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者の占める割合は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数】  （ⅰ）算定日が属する月の前３月間における新規入所者のうち、入所期間が１月以上であると見込まれる入所者であって、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ことが見込まれる居宅を訪問し、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者の延数  （ⅱ）算定日が属する月の前３月間における新規入所者の延数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、（ⅰ）には、退所後に当該者の自宅ではなく、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（居宅のうち自宅を除くもの）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者を含んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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については、新規入所者数には算入していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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うこととは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、必要な情報を収集するとともに、当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、入所者の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき改善目標を定めるとともに当該目標に到達するために必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行い、それらを踏まえた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うことですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 指導日及び指導内容の要点については診療録等に記載していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （ⅱ）に掲げる数が０の場合、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ことが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的として施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合は０とする。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｄ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該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者（退所後にその居宅ではなく、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、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 新規退所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に退所後の療養上の指導を行った者の占める割合は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数】  （ⅰ）算定日が属する月の前３月間における新規退所者のうち、入所期間が１月を以上の退所者であって、退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該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者の延数  （ⅱ）算定日が属する月の前３月間における居宅への新規退所者の延数  ※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については、当該入院期間は入所期間とみなす。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、退所後に当該者の自宅ではなく、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（居宅のうち自宅を除くもの。）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者を含んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所後の療養上の指導とは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、以下のような必要な情報を収集するとともに、必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・食事、入浴、健康管理等居宅療養に関する内容 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・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、排泄訓練の内容 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・家屋の改善の内容 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・退所する者の介助方法の内容 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 同一の入所者について当該退所後の療養上の指導のための訪問とＣで規定する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を決定するための訪問を同一日に行った場合には、（ⅰ）に掲げる数には含めていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | （ⅱ）に掲げる数が０の場合、退所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該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者の占める割合は０としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｅ　訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は５、いずれか２種類のサービスを実施している場合は３、いずれか１種類のサービスを実施している場合は２、いずれも実施していない場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設において、算定日が属する月の前３月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を用いていますか。  ※当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の供用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前３月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含むことができる。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｆ　当該施設において、常勤換算方法で算定した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の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が５以上である場合は５、５未満であり、かつ、３以上である場合は３、３未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 常勤換算方法で算定した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の数を入所者数の数で除した数に100を乗じた数は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数÷（ⅲ）に掲げる数×（ⅳ）に掲げる数×100】  （ⅰ）算定日が属する月の前３月間における理学療法士等の当該介護保険施設サービスの提供に従事する勤務延時間数  （ⅱ）理学療法士等が当該３月間に勤務すべき時間（当該３月間における１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）  （ⅲ）算定日が属する月の前３月間における延入所者数  （ⅳ）算定日が属する月の前３月間の日数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該３月間に勤務すべき時間数の算出にあっては、常勤換算方法で用いる当該者の勤務すべき時間数を用いていますか。  ※１週間単位で勤務すべき時間数を規定している場合には、１週間に勤務すべき時間数を７で除した数に当該３月間の日数を乗じた数を用いていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｇ　当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が３以上の場合は５、３未満であり、かつ、２以上の場合は３、２未満の場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者数の数で除した数に100を乗じた数は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数÷（ⅲ）に掲げる数×（ⅳ）に掲げる数×100】  （ⅰ）算定日が属する月の前３月間における支援相談員が当該介護保険施設サービスの提供に従事する勤務延時間数  （ⅱ）支援相談員が当該３月間に勤務すべき時間（当該３月間における１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）  （ⅲ）算定日が属する月の前３月間における延入所者数  （ⅳ）算定日が属する月の前３月間の延日数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 支援相談員とは、保険医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として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といった入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｈ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護４又は５の者の占める割合が100分の50以上である場合は５、100分の50未満であり、かつ、100分の35未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者のうち要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者の占める割合は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数】  （ⅰ）算定日が属する月の前３月間における要介護４若しくは要介護５に該当する入所者延日数  （ⅱ）当該施設における直近３月間の入所者延日数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｉ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数】  （ⅰ）当該施設における直近３月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数  （ⅱ）当該施設における直近３月間の延入所者数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | Ｊ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合は、以下の式により計算していますか。  【（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数】  （ⅰ）当該施設における直近３月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数  （ⅱ）当該施設における直近３月間の延入所者数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）又は（ⅳ）を算定する場合、以下の施設基準を満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①から⑤に該当していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥で算定した数が60以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 次の場合は、入所定員に100文の105を乗じて得た数（入所定員が40人を超える場合にあっては、入所定員に２を加えて得た数）までは減算は行っていませんか。 | | | | | | |
|  | ①　市町村が行った措置による入所によりやむを得ず入所定員を超える場合 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　当該施設の入所者が入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときであって、その時点で当該施設が満床だった場合（当初の再入所予定日までの間に限る。） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、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、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、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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【特定入所者介護サービス費（補足給付）】 | 居住費及び食費におけるを負担限度額の範囲内で徴収する場合に限って当該費用を請求していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 負担限度額認定者であるものの、居住費又は食費についていずれかを負担限度額を超えて徴収している場合は、当該費用を請求していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居住費又は食費について負担限度額よりも低い額で徴収する場合、基準費用額と負担限度額との差額で請求していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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 | 身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていない場合、所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　身体拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ４.夜勤職員配置加算 | 以下の基準を満たす場合に、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　入所者等の数が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） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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のそれぞれで満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　認知症ケア加算を算定している場合は、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５.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場合となっていますか。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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６.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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７.認知症ケア加算  ★枚方市に届出が必要 | 認知症専門棟において、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合に、１日につき76単位を所定単位数に加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 認知症専門棟は、次の基準を満たしていますか。 | | | | | | |
|  | 日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者と他の入所者を区別していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 他の入所者と区別して上記認知症の入所者に対する介護保健施設サービスを行うのに適当な次に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・ 専ら上記認知症の入所者を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないもの。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・ 入所定員は概ね40人となっていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・ 入所定員の１割以上の個室を設けていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・ 療養室以外の生活の場として入所定員１人当たりの面積が2㎡以上のデイルームを設けていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・ 30㎡以上の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のための施設（家族介護教室等）を設けていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者数は10人を標準としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ユニット型施設でありませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象となる入所者は日常生活自立度によるランクⅢ、Ⅳ又はМに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めたものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 認知症専門棟の勤務体制は次の基準を満たしていますか。 | | | | | | |
|  | 日中について入所者10人に対して常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 夜間及び深夜について、入所者20人に対し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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８.若年性認知症入所者受入加算  ★枚方市に届出が必要 | 若年性認知症入所者に対して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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を決めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別の担当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を提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 別に認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合には算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ９．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む。  ※外泊中の期間中は、当該利用者について、居宅介護サービス費は算定されない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 外泊の初日及び最終日は算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 外泊期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合は、入院日以降については外泊時の費用は算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 外泊の期間中、入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の外泊の期間中で、入所者のベッドを短期入所療養介護の利用に活用する場合にはこの費用を算定していませんか。  ※この場合、当該利用者にベッドの活用について同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 外泊時の費用の算定にあたって、１回の外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで外泊時の費用を算定していますか。  例)１月25日入院、３月８日退院･･･所定単位数を算定  　　１月26日～１月31日、２月１日～２月６日･･･１日につき362単位を算定可  　　２月７日～３月７日･･･費用算定不可 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17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と提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 居宅サービスを行わない場合、当該加算は算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 加算の算定期間は１月につき６日以内としていますか。  ※算定方法は、外泊時の取り扱いと同様としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者の外泊期間中に、そのベッドを短期入所に活用する場合は、当該利用者の同意を得ていますか。(この場合、外泊時の費用算定は不可。) | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10．ターミナルケア加算 | 以下の基準を満たす場合に、ターミナルケア加算として、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30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30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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11.在宅復帰・在宅療養支援機能加算  ★枚方市に届出が必要 | ●在宅復帰･在宅療養支援機能加算（Ⅰ）　　　34単位 | | | | | | |
| ①　次に掲げるＡ+Ｂ+Ｃ+Ｄ+Ｅ+Ｆ+Ｇ+Ｈ+Ｉ+Ｊにより算定した数が40以上ですか。  ※　算定における考え方は施設基準に準ずる。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ａ　算定日が属する月の前６月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が１月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の50を超える場合は20、100分の50以下であり、かつ、100分の30を超える場合は10、100分の30以下である場合は0となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｂ　30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が100分の10以上である場合は20、100分の10未満であり、かつ100分の５以上である場合は10、100分の５未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｃ　入所者のうち、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ことが見込まれる居宅を訪問し、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（退所後にその居宅ではなく、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を含む。）を行った者の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｄ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該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者（退所後にその居宅ではなく、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、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｅ　訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は５、いずれか２種類のサービスを実施している場合は３、いずれか１種類のサービスを実施している場合は２、いずれも実施していない場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｆ　当該施設において、常勤換算方法で算定した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の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が５以上である場合は５、５未満であり、かつ、３以上である場合は３、３未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｇ　当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が３以上の場合は５、３未満であり、かつ、２以上の場合は３、２未満の場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｈ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護４又は５の者の占める割合が100分の50以上である場合は５、100分の50未満であり、かつ、100分の35未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｉ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ｊ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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）若しくは（ⅲ）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 | | | | | | |
|  | ①　（Ⅰ）の①における算定した数が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）若しくは（ⅳ）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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12. 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13.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400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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養マネジメント加算を算定していない場合に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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14.入所前後訪問指導加算（Ⅰ） | ①　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定しないようにしていますか。  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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　入所前後訪問指導加算（Ⅱ）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅱ） | ①　入所前後訪問指導加算（Ⅰ）算定の際の施設サービス計画の策定等にあたり、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、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めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ロ　退所後の生活に係る支援計画を含めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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んでいますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定しないようにしていますか。  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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　入所前後訪問指導加算（Ⅰ）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15.退所時指導等加算 | ※「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していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、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）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、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（平成12年老企第40号通知の別紙様式2）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、老企第40号の別紙様式２又はそれに準じた様式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。  ※それに準じた様式とは、別紙様式２に掲げられている項目に漏れがないもの。  ※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。 | | | | | | |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【退所前連携加算】 | 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の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た場合に、入所者１人につき１回を限度として500単位を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス利用の調整を行った結果、入所者及びその家族において最終的に当該サービスを利用しないこととなった場合でも算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算について、次の場合には算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①退所して病院又は診療所へ入院する場合。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②退所して他の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）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、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 連携を行った日及び連携の内容の要点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）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訪問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に応じて、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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 16．栄養マネジメント加算  ★枚方市に届出が必要 | 以下の基準を満たし、管理栄養士が継続的に入所者ごとの栄養管理をした場合に、１日につき14単位を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 常勤の管理栄養士を１名以上配置していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されている場合は、当該加算を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人福祉施設の栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定していますか。  ※　施設が同一敷地内に１の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適正な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定可とする。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| サテライト型施設を有する介護保険施設にあっては、次の取扱いに従って算定していますか。 | | | | | | |
| ①　本体施設に常勤の管理栄養士を１名配置している場合（本体施設の入所者数とサテライト型施設（１施設に限る。）の入所者数の合計数に対して配置すべき栄養士の員数が１未満 である場合に限る。）であって、当該管理栄養士が当該サテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行っているときは、当該サテライト型施設において算定可としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　本体施設に常勤の管理栄養士を２名以上配置している場合であって、当該管理栄養士がサテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行っているときは、当該サテライト施設（１施設に限る。）において算定可としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　①又は②を満たす場合であって、同一敷地内に１の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適正な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定可としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していますか。また、入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養ケア・マネジメントは入所者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者ごとの低栄養状態のリスクを入所時に把握していますか。（以下「栄養スクリーニング」という。）  ※当該施設に入所する前の情報だけで実施するのはなく、当該施設として入所後の状況を把握すること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養スクリーニングの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所者ごとの解決すべき課題を把握していますか。（以下「栄養アセスメント」という。） | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養アセスメントの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 管理栄養士は、栄養アセスメントを踏まえ、施設長の管理のもと、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに栄養ケア計画を作成していますか。  ※歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養ケア計画には次の事項等を記載していますか。 | | | | | | |
| ・栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等） | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ・栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等） | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ・解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養ケア計画の作成に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式となっていますか。  ※施設サービス計画に栄養ケア計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 作成した栄養ケア計画を入所者又はその家族に説明し、サービス提供に関する同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養ケア計画に基づき、入所者ごとに栄養ケア・マネジメントを実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の変更の必要性、関係職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者ごとの栄養状態に応じて、定期的に入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 栄養スクリーニング時に把握した低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計画に記載していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 定期的に行うモニタリングの間隔は、栄養スクリーニング時に把握した低栄養状態のリスクのレベルに応じ、高リスク者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者はおおむね２週間ごと、中リスク者はおおむね１月ごと、低リスク者はおおむね３月ごととなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| モニタリングでは、リスクのレベルに関係なく、低栄養状態の低リスク者も含め、少なくとも月１回は体重測定を行い、当該入所者の栄養状態の把握を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省が示している様式又はそれに準じた様式で作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者毎に概ね３ヶ月を目途に、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該加算の算定に当たっては、栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始していますか | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17.低栄養リスク改善加算 | 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該支持を受けた管理栄養士又は栄養士が医師の指導を受けている場合に限る。）が栄養管理を行った場合に、６月以内の期間に限り、１月につき300単位を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当するものであって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けた者を対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算における低栄養状態のリスク評価は「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成17年９月７日老老発第0907002号）に基づき行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 月１回以上医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとに低栄養状態の改善を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画は、栄養ケア計画と一体のものとして作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画について、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。  ※施設サービス計画に当該計画に相当する内容を記載している場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができるものとする。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週５回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の算定期間は、低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して６月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合は原則として当該加算を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ６月を超えて実施する場合は、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ６月を超えて実施する場合は、入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね２週間ごとに受けていますか。また、医師の指示は、診療録等に記載されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養マネジメント加算を算定していない場合又は経口移行加算若しくは経口維持加算を算定している場合は、算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定ていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 18.経口移行加算 | 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該栄養管理が必要であるとした医師の指示が、診療録等に記載されていますか | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、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、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成していますか。  ※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、栄養ケア計画と一体のものとして作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり、経管による食事摂取を終了した日までの間とするが、入所者又はその家族の同意を得た日から180日以内とし、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日を超える実施する場合に、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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用、人員欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 19.経口維持加算 | ●経口維持加算（Ⅰ）  以下の基準を満たす場合、１月につき400単位算定していますか。 | | | | | | |
| 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、入所者ごとに、経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指示を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 多職種共同により実施するための体制が整備されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 月１回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成していますか。  ※介護福祉施設サービスにおいては、経口維持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、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができます。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 経口維持計画に基づき、栄養管理を実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 特別な管理としては、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理により、当該入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して６月以内の期間に限るものとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して６月を超えて引き続き当該加算を算定する場合は、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして医師又は歯科医師の指示がなされ、特別な管理を継続することについての入所者の同意が得られていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね１月ごとに受けていますか。また、医師の指示は、診療録等に記載されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は、当該加算を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●経口維持加算（Ⅱ）  以下の基準を満たす場合に、１月につき100単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | 協力歯科医療機関を定めている介護老人保健施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（枚方市条例第51号第４条に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、１月につき所定単位数を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（枚方市条例第51号第４条に規定する医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか１名以上が加わり、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 20．口腔衛生管理体制加算 | 以下の基準を満たし、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に、１月につき、30単位を算定していますか。  ※入院・外泊中の期間は除き当該月において１日でも当該施設に在所した入所者については、算定することが可能。 | | | | | | |
|  | 施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導となっていますか。  ※個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではありません。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載していますか。 | | | | | | |
|  | ・当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・当該施設における目標 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・具体的方策 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・留意事項 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・当該施設と歯科医療機関との連携の状況 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・歯科医師の指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・その他必要と思われる事項 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できますが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 21．口腔衛生管理加算 | 以下の基準を満たす場合に、１月につき、90単位を算定していますか。 | | | | | | |
| ①　口腔衛生管理体制加算を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月２回以上行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　歯科衛生士が、②における入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　歯科衛生士が、②における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、入所者ごとに算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔ケアを行うにあたり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（口腔衛生管理に関する実施記録）を作成、当該施設に提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　当該口腔衛生管理に関する実施記録を作成するとともに、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。  ※「口腔ケア・マネジメントに係る計画」は施設ごとに作成することとなりますが、当該計画にあわせて入所者ごとに「口腔衛生管理に関する実施記録」を作成・保管することが必要。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が３回以上算定された場合には算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 22.療養食加算 | 以下の基準を満たす場合に、１日につき３回を限度として６単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者の病状等に応じて、主治の医師により入所者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事箋に基づき、療養食を提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該療養食に係る献立表が作成されていますか | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象となる療養食は、医師の発行する食事箋に基づいて提供される入所者の年齢、病状等に対応した栄養量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となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。 | | | | | | |
|  | ①　心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g未満の減塩食となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食についても対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　貧血食の対象となる入所者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来していますか。（※）※医師が認める者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　高度肥満症（肥満度が+70%以上又はＢＭＩが35以上）に対して食事療法を行う場合に、脂質異常症食に準じて取扱っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　特別な場合の検査食は潜血食としている他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　脂質異常症食の対象となる入所者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140㎎/dl以上又はHDL-コレステロール値が40㎎/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150㎎/dl以上となっていますか。  ※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ます。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定する場合、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 23. かかりつけ医連携薬剤調整加算 | 次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、介護保健施設サービスを行い、かつ、当該入所者に処方する内服薬の減少について、退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、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125単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・６種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健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し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、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種類以上減少させた者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・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１種類以上減少している者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象となる入所者は、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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 退所又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 複数の医療機関から処方されている入所者の場合には、主治の医師と調整し、当該入所者に処方する内服薬の減少について、退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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 | | | | | | |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●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（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 平成30年10月31日までに研修を受講予定の場合であれば、研修を受講した者とみなすが、平成30年10月31日までに、研修を受講していない場合には４月～10月に算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。 | |
| 【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 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・尿路感染症の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・帯状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急時施設療養費を算定した日は、算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 26．認知症専門ケア加算  ★枚方市に届出が必要 | ●認知症専門ケア加算（Ⅰ）  以下の基準を満たす場合に、１日につき３単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 入所者の総数のうち、日常生活に支障を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」）の占める割合が２分の１以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、当該対象者の数が20人未満である場合にあっては、１以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していますか。  ※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」を指す。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●認知症専門ケア加算（Ⅱ）  以下の基準を満たす場合に、１日につき４単位を加算していますか。 | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していますか。  ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者研修」を指します。  ※加算対象となる者が10 名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が１名配置されていれば認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定できます。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 施設も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ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「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ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「施設内の診断が困難」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ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「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となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 「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か。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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」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とする。  ・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地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料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、地域連携診療計画管理料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地域連携診療計画管理料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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医科診療報酬点数表に掲げる以下の疾患について、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものですか。 | | | | | | |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 30.褥瘡マネジメント加算  ★枚方市に届出が必要 | 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも３月に１回、評価を行い、その結果を厚生労働大臣に報告していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 厚生労働大臣の報告は、当該評価結果を、介護給付費請求等の記載要綱にしたがって、褥瘡マネジメント加算の介護給付費明細書の給付明細の適用欄に記載することによって、行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 報告する評価結果は、施設入所時においては、施設入所後最初（既入所者については届出の日に最も近い日）に評価した結果、それ以外の場合については、当該加算を算定する月に評価した結果のうち最も末日に近いものとしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 上記の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、作成していますか。  ※褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとする。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア・マネジメントについては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 40.排せつ支援加算 | 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、介護老人保健施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき100単位を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　当該加算は全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行って排せつの状態を改善していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成27年４月改訂」」の方法を用いて、排尿または排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価される者ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が６月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれる状態ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　④の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師に報告していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　医師と連携した看護師が④の見込みの判断を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を作成していますか。  ※支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとする。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加えていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないようにしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　支援において入所者の尊厳が十分保持されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑪　当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、④の見込みの内容、⑥の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑫　当該加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、④における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑬　記録した内容を入所者又はその家族に説明していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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）を算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 41.サービス提供体制強化加算  ★枚方市に届出が必要 | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき18単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | ①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者を対象とする。  ※介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき12単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | ①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者を対象とする。  ※介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ●　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | ①　看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ●　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | ①　介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。  ※介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、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。  ※勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。  ※勤続年数の算定にあたっては、当該施設における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。また、施設の合併又は別法人による事業の継承の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、施設が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近三月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 42．介護職員処遇改善加算 | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　1000分の39に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑦⑨いずれにも適合する場合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）　1000分の29に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥⑧⑨いずれにも適合する場合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　1000分の16に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥かつ⑩⑪いずれにも適合する場合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　（Ⅲ）により算定した単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥かつ⑩又は⑪に掲げる基準に適合する場合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）　（Ⅲ）により算定した単位数の100分の80に相当する単位数を算定していますか。  【下の基準①から⑥に掲げる基準に適合する場合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①介護職員の賃金（退職金を除く）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を算定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②当該施設において、①の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施機関及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、枚方市長に届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ④当該指定介護老人福祉施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を枚方市長に届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑤算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法律に違反し、罰金以上の刑に処されていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑥当該指定介護老人福祉施設において、労働保険料の納付が適正に行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑦　次のいずれにも適合していますか。  a）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。  b)aの要件について書面をもって作成し、全ての職員に周知していること。  c）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  d)cの要件について全ての介護職員に周知していること。  e)介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設けていること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑧　次のいずれにも適合していますか。  a）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。  b)aの要件について書面をもって作成し、全ての職員に周知していること。  c）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  d)cの要件について全ての介護職員に周知していること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑨平成27年４月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑩　次のⅰ・ⅱのいずれかの基準に適合していますか。  ⅰ）次に掲げる要件の全てに適合していますか。  a）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（賃金に関することを含む。）を定めていること。  b)aの要件について書面をもって作成し、全ての職員に周知していること。  ⅱ）次に掲げる要件の全てに適合していますか。  a）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。  b)aの要件について全ての介護職員に周知 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑪平成20年10月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 43.介護職員等特定処遇改善加算 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)　1000分の21に相当する単位数を加算していますか。  【下の基準①から⑫いずれにも適合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)　1000分の17に相当する単位数を加算していますか。  【下の基準①から⑫（⑨を除く）いずれにも適合】 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ②　介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（経験・技能のある介護職員）のうち１人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上ですか。  ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ③　経験技能の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均の２倍以上ですか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ④　介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の２倍以上ですか。  ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合はその限りではない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑤　介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑥　賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該施設の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画を作成し、全ての職員に周知し、所轄庁に届け出ていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑦　介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑧　事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善加算に関する実績を所轄庁に報告していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑨　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ又は日常生活継続支援加算を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑩　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑪　平成20年10月から⑥の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑫　⑪の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |

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** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １.基本方針  （短期入所生活介護：従来型） | 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| (介護予防短期入所生活介護) | 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工場を目指すものとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| (短期入所生活介護：ユニット型） | 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用者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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| (介護予防短期入所生活介護) | 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の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** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **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** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **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** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １.内容及び手続きの説明及び同意 | サービス提供開始の際に、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)を交付して説明を行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 重要事項説明書には、利用者の署名・捺印を受けていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書と運営規程間で内容(営業日時、通常の事業の実施地域など)が相違していないですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、次の事項が記載されていますか。 | | | | | |
|  | |  |  | | --- | --- | | 事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先等） | 有・無 | | 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービス内容及び提供方法など） | 有・無 | | 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有・無 | | 指定短期入所療養介護の内容及び利用料　その他費用の額  （基本サービス費・加算関係・その他の費用等） | 有・無 | | 利用料の請求及び支払方法について等 | 有・無 | | 協力病院・協力歯科 | 有・無 | | 施設利用に当たっての留意事項 | 有・無 | | 衛生管理について | 有・無 | | 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について | 有・無 | | 緊急時の対応方法及び連絡先 | 有・無 | | 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む。） | 有・無 | | 非常災害対策について | 有・無 | | 高齢者の虐待防止に関する項目 | 有・無 | | 身体拘束の原則禁止について | 有・無 | | 苦情処理の体制及び手順、苦情相談窓口の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など） | 有・無 | | サービス提供の記録 | 有・無 | | 地域との連携について | 有・無 | | サービスの第三者評価の実施の有無（※必須） | 有・無 | | サービス内容の見積もり（サービス提供内容及び利用者負担額の目安など） | 有・無 | | 事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄 | 有・無 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | サービスの提供開始について、入居者と契約書を交わしていますか。  ・　契約の内容は、不当に入居者の権利を侵害若しくは制限するものとなっていませんか。  ・　契約書には少なくとも、介護サービスの内容及び利用料その他費用の額、契約解除の条件を記載していますか。  ・　契約書への署名押印等は、次のとおりとしていますか。  　　事業者側：法人所在地・法人名称・法人代表者を記載の上、法人代表者印を押印していますか。  　　利用者側：利用者又は法定代理人の住所・氏名を記載の上、押印していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ２.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生活介護の提供を拒んでいないか。  ※正当とならない事例→要介護度、所得の多寡。ＭＲＳＡ、Ｂ型肝炎等  ※拒否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定と別に定めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【滞在費及び食費】 | 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（居住費は滞在費と読替え）と同様に適切に行っていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【その他の日常生活費】 | 当該費用の徴収に当たっては、入所者又はその家族の希望によるものですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 当該費用は、保険給付の対象となっているサービスと重複関係はないですか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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ますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用については、運営規程に可能な限り具体的な額を定め、施設の見やすい場所に掲示されていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該費用の具体的な範囲は、以下のとおりとなっていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ・入所者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用  （一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品で、入所者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 | 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い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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入居者へのサービス提供に当たっては、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 一人一人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 入居者の意向に関わりなく集団で行うゲームや、日常動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われ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われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者のプライバシーの確保に配慮して行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、適切に行われていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| **（共通）** | 利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等（指定短期入所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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 自ら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、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、他の短期入所療養介護従業者と協議の上、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。  ※計画については、介護の提供に係る計画等の作成に経験のある者や介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者又は介護支援専門員の資格を有する者がいる場合はその者にとりまとめを行わせることが望ましい。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画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、入所者に対して適切な検査、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。 | | | | | |
|  | ・施設の目的及び運営方針　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・従業者の職種、員数及び職務の内容　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・入所定員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・入所者に対する指定短期入所療養介護の内容　　　　（ 有 ・ 無 ）  利用料その他の費用の額　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・施設利用に当たっての留意事項　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・緊急時等における対応方法　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・非常災害対策　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ・その他施設の運営に関する重要事項　　　　　　　　（ 有 ・ 無 ）  ※「その他施設の運営に関する重要事項」について、やむをえず身体的拘束等を行う際の手続きについて定めていますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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．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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 28．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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 29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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 30.掲示 | 以下の事項を、当該事業所の見やすい場所に掲示していますか。 | | | | | |
|  | ①　運営規程の概要  ②　従業者の勤務体制  ③　利用料及びその他の費用  ④　食事の週間メニュー  ⑤　虐待に係る通報窓口（市町村）  ⑥　その他のサービスの選択に関する重要事項  　※主な事項を記載。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 31.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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 32.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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 33.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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 34.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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 35．地域との連携 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 36.事故発生時の対応 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 37.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。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 38.記録の整備 | 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、その提供の日から５年間保存していますか。 | | | | | |
|  | ①　短期入所療養介護計画 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　提供した具体的なサービスの内容等の記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　緊急やむを得ない場合に行った身体的拘束等に関する記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　市町村への通知に係る記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　苦情の内容等の記録 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　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 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 39.指定の変更 | 運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。  ※変更した日から10日以内に提出すること。  具体的な事項：  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ | □ | □ |
| 40.高齢者虐待の防止 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ |

５.介護給付費の算定及び取扱い

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　目** | **内　　　　　　　　容** | | **できている** | **一部できている** | **できていない** | **分からない** | **該当無** |
| １.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又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、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ないか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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㎡未満の場合 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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)又は(ⅲ)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(ⅳ)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、該当月の翌月から解消月までの間、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、該当月の翌月から解消月までの間、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、該当月の翌月から解消月までの間、短期入所療養介護費を所定単位数の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】 | 以下の基準を満たす場合に、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次のとおりとなっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ①　利用者等の数が41人以上にあっては、20人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　利用者等の数が40人以下にあっては、20人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） | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所の夜勤職員配置加算の基準は当該事業所のユニット部分とそれ以外の部分のそれぞれで満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　認知症ケア加算を算定している場合は、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ５.認知症ケア加算  ★枚方市に届出が必要 | 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ケア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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ６.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、緊急することが適当であると判断した者に対し、指定短期入所療養介護を行った場合には、利用を開始した日から起算して７日を限度として、１日につき200単位を加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【予防も同様】 | 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、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所療養介護の受け入れを開始した場合に算定していますか。  ※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 短期入所療養介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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、当該加算は算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ａ　病院又は診療所に入院中の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ｂ　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ｃ　認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画所に記録していますか。  ※判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用開始日から７日を限度として算定していますか。  ※本加算は、「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受入れる際の初期の手間を評価したものであり、利用開始後８日目以降の短期入所生活介護の利用を妨げるものではないことに留意すること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急短期入所受入加算を併算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ７.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、緊急短期入所受入加算として、利用を開始した日から起算して７日を限度として１日につき90単位を算定していますか。  ※７日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後８日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた者に算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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。 | | | | | | |
|  | 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短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に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が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、当該加算を算定していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急に受入れを行った事業所については、当該利用者が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、当該加算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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ８.若年性認知症利用者受入加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 若年性認知症利用者に対して指定短期入所療養介護を行った場合、若年性認知症利用者受入加算として、１日につき120単位（特定介護老人保健施設短期入所療養介護の場合は１日につき60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。  ※若年性認知症利用者を担当する者のことで、介護職員の中から定めること。なお、人数や資格等の要件は問わない。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 個別の担当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を提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合に算定していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| ９.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）及び特定介護老人保健施設短期入所療養介護費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介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）については１日につき120単位を、特定介護老人保健施設短期入所療養介護費については１日につき60単位を所定単位数に加算していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ※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  ※「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、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  ※「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、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  ※「中心静脈注射を実施している状態」については、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  ※「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、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）のものげるいずれかの合併症をもつものであること  ホ  重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態  ※重篤な心機能障害、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」については、 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  ※「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25年厚生省令第15五号）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、ストーマの処置を実施している状態」 については、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  ※「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、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  ※「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、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状態」については、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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10.在宅復帰・在宅療養支援機能加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能加算（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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 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在宅復帰・在宅療養支援機能加算（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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11.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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12.30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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13.療養食加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 以下の基準を満たす場合に、１日につき３回を限度して６単位を算定していますか。 | | | | | | |
| 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供が行われていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 入所者の病状等に応じて、主治の医師により入所者に対し、疾患治療の直接の手段として発行された食事箋に基づき、療養食を提供していますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該療養食に係る献立表が作成されていますか | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該加算の対象となる療養食は、医師の発行する食事箋に基づいて提供される入所者の年齢、病状等に対応した栄養量および内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食）及び特別な場合の検査食となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | 当該入所者に提供される治療食等については、以下の基準を満たしていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ①　心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取扱うものとして、総量6.0g未満の減塩食となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ②　高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は対象としていませんか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ③　肝臓病食については、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ④　胃潰瘍食については、手術前後に与える高カロリー食は対象としていないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑤　十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取扱っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑥　クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食についても対象としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑦　貧血食の対象となる入所者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来していますか。（※）※医師が認める者 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑧　高度肥満症（肥満度が+70%以上又はＢＭＩが35以上）に対して食事療法を行う場合に、脂質異常症食に準じて取扱っていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑨　特別な場合の検査食は潜血食としている他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合としていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ⑩　脂質異常症食の対象となる入所者は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140㎎／dl 以上である者又はHDL-コレステロール値が40㎎／dl 未満若しくは血清中性脂肪値が150㎎／dl 以上となっていますか。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ※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箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。 | |  |  |  |  |  |
| 14.認知症専門ケア加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である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す場合に、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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【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  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき18単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  | ①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者を対象とする。介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ③　定員超過利用、人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき12単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  |  | ①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。  ※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。介護福祉士等の取扱いについては、登録証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ③　 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  |  | ①　看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上ですか。  ※介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ③　 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  | ●　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  下記基準に適合し、届け出ている場合、１日につき６単位を算定していますか。 | | | | | | |
|  |  | ①　指定短期入所生活介護のサービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。  ※指定短期入所生活介護のサービスを入所者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。  ※勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。  ※勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。  また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ②　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用い、その割合について記録していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、直近３月の割合について、常勤換算方法により算出した平均を用い、その割合について毎月記録し、継続的に所定の割合を維持していますか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
|  |  | ③　 定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14.介護職員処遇改善加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15.介護職員等特定処遇改善加算  ★枚方市に届出が必要  【予防も同様】 | 当該事業所の本体施設である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。 | | □ | □ | □ | □ | □ |