

指定介護老人保健施設自主点検表

(令和4年度版)

記入年月日	令和 年 月 日			
法人名				
介護保険事業所番号	(介護予防) 短期入所療養介護 (介護予防) 訪問リハビリテーション (介護予防) 通所リハビリテーション			
事業所名称				
記入担当者	(職種)	(氏名)	連絡先 電話番号	- -

自主点検表記載に当たっての留意事項

- 該当するものにチェックをしてください。(記載例: 、など)
- 各項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「非該当」にチェックをしてください。
- 内容欄に含まれる口や () 内等の記入すべき箇所については、できる限り具体的にチェック (、など) をし、詳細を記入してください。

第1 基本方針

項目	内 容	適	不適	非該当
基本方針	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護老人保健施設は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護老人保健施設は、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、居宅介護支援事業者(居宅介護支援事業を行う者をいう。以下同じ。)、居宅サービス事業者(居宅サービス事業を行う者をいう。)、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護老人保健施設は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスを提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第2 人員に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 医師	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 常勤の医師を1以上配置しているか。ただし、複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ医師がいる場合は常勤換算で医師1人として差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 薬剤師	(1) 施設の実情に応じた適当数を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者の数を300で除した数以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 看護職員又は介護職員	(1) 常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 看護職員(看護師若しくは准看護師)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程度となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 常勤職員である看護・介護職員が員数の7割程度確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 支援相談員	(1) 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)配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、以下に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てているか。 <input type="checkbox"/> 入所者及び家族の処遇上の相談 <input type="checkbox"/> レクリエーション等の計画、指導 <input type="checkbox"/> 市町村との連携 <input type="checkbox"/> ボランティアの指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 理学療法士等は、介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において指定訪問リハビリテーションのサービス提供に当たっている事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護老人保健施設の理学療法士等の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んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 栄養士又は管理栄養士	(1) 入所定員100以上の施設にあっては、1以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所定員が100人以上の施設においては常勤職員を1以上配置しているか。ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えないこと。 なお、100人未満の施設においても常勤職員の配置に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 介護支援専門員	(1) 1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準）配置しているか。 資格証の有効期限（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者であるか。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、当該介護老人保健施設の他の職務に従事することができる。こうした事例はあるか。 ()と兼務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務を行っていないか。ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 調理員、事務員その他の従業者	施設の実情に応じた適当数を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 その他	(1) 入所者の数は、前年度の平均値としているか。ただし、新規に許可を受ける場合は、推定数による。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 施設の従業者は、専ら当該施設の職務に従事する者であるか。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第3 施設及び設備に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
	用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、実態に即した平面図を作成のうえ、当市へ変更届を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(施設)	介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有しているか。 <input type="checkbox"/> 療養室 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 談話室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> レクリエーション・ルーム <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> サービス・ステーション <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 洗濯室又は洗濯場 <input type="checkbox"/> 汚物処理室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(構造設備の基準)	(1) 介護老人保健施設の建物は、耐火建築物となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)に定めるもののほか、介護老人保健施設の構造設備の仕様等の基準は、次のとおりとなっているか。 <input type="checkbox"/> ①療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けること。 <input type="checkbox"/> ②療養室等が3階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を2以上設けること。ただし、①の直通階段を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 療養室	療養室は以下のとおりとなっているか。 <input type="checkbox"/> 1の療養室の定員は、4人以下となっている。 <input type="checkbox"/> 入所者1人当たりの床面積は、8平方メートル以上となっている。 <input type="checkbox"/> 地階に設けていない。 <input type="checkbox"/> 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けている。 <input type="checkbox"/> 寝台又はこれに代わる設備を備えている。 <input type="checkbox"/> 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えている。 <input type="checkbox"/> ナースコールを設けている。ただし、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向を検知する見守り機器を設置することで代用することとして差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 診察室	医師が診察を行うのに適切なものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 機能訓練室	1平方メートル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・器具を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 談話室	入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 食堂	2平方メートルに入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 浴室	(1) 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るか。 (2) 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けているか。 (3) フォー又はこれに代わる設備を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 レクリエーション・ルーム	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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 洗面所	療養室のある階ごとに設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 便所	(1) 療養室のある階ごとに設けているか。 (2) フォー又はこれに代わる設備を設けるとともに、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るか。 (3) 常夜灯を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 サービスステーション	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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 汚物処理室	他の施設と区別された一定のスペースを有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 調剤室	薬剤師が介護老人保健施設で調剤を行う場合には、薬剤師法の規定により、調剤室で行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 階段	階段には、手摺を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 廊下	(1) 幅は、1.8メートル以上となっているか。ただし、中廊下の幅は、2.7メートル以上となっているか。 (2) 手すりを設けているか。 (3) 常夜灯を設けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 その他	(1) これらの施設は、専ら当該介護老人保健施設の用に供するものとなっているか。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。 (2) 入所者に対する介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えているか。 (3) 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。（扉がガラスでないもの、施錠可能なものが望ましい） (4) 事故の未然防止（誤飲防止）の観点から、画鋲やマグネット等を使用していないか。また、浴室・トイレ内に使い捨て手袋や洗剤等を放置していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第4 運営に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
----	-----	---	----	-----

1 内容及び手続の説明及び同意	(1) 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 重要事項説明には以下の内容が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 従業員の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	正当な理由なく介護保健施設サービスの提供を拒んではいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	(1) 介護保健施設サービスの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)の被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、介護保健施設サービスを提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定等の申請に係る援助	(1) 入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 入退所	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所申込者の入所の際には、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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定期的に検討し、その内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護師、准看護師、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業員の間で協議しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (4)の検討に当たって下記のことを実施しているか。 <input type="checkbox"/> 居宅における生活の復帰の可否の検討を、入所後早期に行うこと。 <input type="checkbox"/> 少なくとも3月ごとには行うこと。 <input type="checkbox"/> これらの定期的な検討の検討及び結果を記録しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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るほか、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 サービス提供の記録	(1) 入所の際には入所の年月日並びに入所している介護保健施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護保健施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 利用料等の受領 【法定受領サービス】	(1) 法定代理受領サービスに該当する介護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について算定した費用の額から当該施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>【その他の日常生活費】</p>	<p>(3) (1)及び(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を入所者から受けているか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①食事の提供に要する費用</p> <p><input type="checkbox"/> ②居住に要する費用</p> <p><input type="checkbox"/> ③入所者が選定する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</p> <p><input type="checkbox"/> ④入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤理美容代</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥介護保健施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められるもの ・・※「その他の日常生活費」老企第54号 (支払いを受けている費用)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) (3)に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又は家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得ているか。この場合において、①から④までに掲げる費用に係る同意については、文書によるものとなっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 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となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 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したものとなっていないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 当該費用は、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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【居住費及び食費】</p>	<p>(1) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 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ないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 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）を請求していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【特別な療養室料】</p>	<p>(1) 特別な療養室の定員は、1人又は2人となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 当該療養室が、居住費の他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から受けるのにふさわしいものとなっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 当該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、その額が消費税の税込表記となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【特別な食事料】</p>	<p>(1) 通常の食事では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行う等することにより必要な費用徴収にふさわしいものとなっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 当該食事の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 支払を受ける額は、当該食事の提供に必要な費用から通常の食事の額を控除した額として、その額に消費税を含めた金額となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 当該食事の提供に当たっては、医師との連携の下に管理栄養士又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うこととしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【預り金】</p>	<p>預り金の管理方法は以下のとおり適切に行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預り金管理規程を整備しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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るか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預り金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）に点検されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所者又は家族等に定期的（少なくとも3ヶ月に1回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 預り金の管理費用は実費相当となっているか。また、積算根拠は文書等により明確にされているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【領収証の発行】	(1) 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発行しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供した介護保健施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に対して交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 介護老人保健施設サービスの取扱方針	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 従業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を本人又はその家族に説明しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合、ケース検討会議等で他に方法がなかったかどうか検討しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。 前々々回開催日（ 年 月 日） 前々回開催日（ 年 月 日） 前回開催日（ 年 月 日） 直近開催日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会で以下について取り組んでいるか。 <input type="checkbox"/> ①身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。 <input type="checkbox"/> ②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、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。 <input type="checkbox"/> ③身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。 <input type="checkbox"/> ④事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。 <input type="checkbox"/> ⑤報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。 <input type="checkbox"/> ⑥適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 身体的拘束等の適正化のための指針には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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に実施しているか。 前回実施日（ 年 月 日） 直近実施日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 職員教育を組織的に徹底させていくために、身体的拘束等の適正化のための指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）とともに新規採用時には必ず当該研修を実施し、研修の実施内容について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 施設サービス計画の作成	(1) 管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 計画担当介護支援専門員は、(3)に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行っているか。 この場合において、計画担当介護支援専門員は、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、理解を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 計画担当介護支援専門員は、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勧奨して、 <input type="checkbox"/> 入所者及びその家族の生活に対する意向 <input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針 <input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題 <input type="checkbox"/> 介護保健施設サービスの目標及びその達成時期 <input type="checkbox"/> 介護保健施設サービスの内容 <input type="checkbox"/> 介護保健施設サービスを提供する上での留意事項 等に記載した施設サービス計画の原案を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族（以下「入所者等」という。）が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 計画担当介護支援専門員は、(9)に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに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、次に掲げるところにより行っているか。 <input type="checkbox"/> 定期的に入所者に面接すること。 <input type="checkbox"/> 定期的にモニタリングの結果を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めているか。 <input type="checkbox"/> 入所者が要介護更新認定を受けた場合 <input type="checkbox"/> 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) (2)から(8)までの規定は、(9)に規定する施設サービス計画の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 診療の方針	(1) 診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣が定めるもののほか行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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、又は処方してはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 必要な医療の提供が困難な場合の措置等	(1) 医師は、入所者の病状からみて当該介護老人保健施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、協力体制を整備している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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 医師は、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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 医師は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 医師は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 対診を求めた場合に、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 機能訓練	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 機能訓練は入所者1人について、少なくとも週2回程度行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 機能訓練実施は以下の手順により行っているか。 <input type="checkbox"/> 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成しているか。 <input type="checkbox"/> 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るか。なお、リハビリテーション実施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ものとしているか。 <input type="checkbox"/> 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、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るか。 <input type="checkbox"/> 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るか。 <input type="checkbox"/> 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 栄養管理 (令和6年3月31日まで努力義務)	(1) 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 口腔衛生の管理 (令和6年3月31日まで努力義務)	入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 看護及び医学的管理の下における介護	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 褥瘡(じょくそう)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の体制を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定しているか。例えば、次のようなことが考えられる。 <input type="checkbox"/> 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るか。 <input type="checkbox"/> 専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者(看護師が望ましい)を決めているか。 <input type="checkbox"/> 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置しているか。 <input type="checkbox"/> 褥瘡対策のための指針を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 介護職員等に褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施しているか。 直近実施日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 褥瘡患者の状況 入所前から(名) 入所後発症(名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(7) (1)から(5)に定めるほか、入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) その入所者に対して、入所者の負担により、当該介護老人保健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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 食事の提供	(1) 入所者の食事は、栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好(し)好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者の食事は、その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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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るか。 <input type="checkbox"/> 嗜好調査を実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしているか。 <input type="checkbox"/> 予定献立表を作成している <input type="checkbox"/> 実施献立表を作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後6時以降とすることが望ましいが、早くても午後5時以降としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 食事の提供に関する業務は介護老人保健施設自らが行うことが望ましいが、以下の事項について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保される場合に、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託しているか。 <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 調理管理 <input type="checkbox"/> 材料管理 <input type="checkbox"/> 施設等管理 <input type="checkbox"/> 業務管理 <input type="checkbox"/> 衛生管理 <input type="checkbox"/> 労働衛生管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 食事内容については、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられているか。 <input type="checkbox"/> 定期的に開催している <input type="checkbox"/> 会議録が整備されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 関係書類が整備されているか。 <input type="checkbox"/> 発注書 <input type="checkbox"/> 納品書 <input type="checkbox"/> 請求書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 食品の検収は適切に行われているか。 <input type="checkbox"/> 検収場で品質、鮮度、品温、異物混入等について点検を行いその結果を記録している <input type="checkbox"/> 納品時刻と産地、期限表示、分量等の記録がされている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 衛生自主点検は適切に実施されているか。 <input type="checkbox"/> 調理従事者の個人衛生点検 <input type="checkbox"/> 調理設備等の衛生点検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 加熱調理食品の中心温度は75℃で1分以上（二枚貝等は85～90℃で90秒以上）加熱しているか。 <input type="checkbox"/> 中心温度記録簿を作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14) 調理済み食品は適切に温度管理を行っているか。 <input type="checkbox"/> 必要な時刻及び温度を記録している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 使用水の検査を実施し、記録しているか。 <input type="checkbox"/> 検査項目（色・濁り・におい・異物） ※貯水槽を設置、井戸水を使用している場合のみ遊離残留塩素が0.1mg/ℓ以上確保されているか。 <input type="checkbox"/> 始業前の検査の実施・結果の記録 <input type="checkbox"/> 調理作業終了後の検査の実施・結果の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>16) 調理従業者等の検便は毎月1回以上実施されているか。(検査項目に腸管出血性大腸菌が含まれていること)</p> <p>17) 保存食を適切に保存しているか。 <input type="checkbox"/> 原材料を保存している <input type="checkbox"/> 調理済み食品を保存している <input type="checkbox"/> -20℃以下で2週間以上保存している</p> <p>18) 以下の書類を作成しているか。 <input type="checkbox"/> 食事せん <input type="checkbox"/> 献立表 <input type="checkbox"/> 食事を配膳する時に衛生面の項目(異物混入・適切な加熱・異味・異臭)を確認したもの</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 相談及び援助	常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 その他のサービスの提供	<p>(1) 適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めているか。</p> <p>(2) 常に、入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 入所者に関する市町村への通知	<p>介護保健施設サービスを受けている入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 管理者による管理	管理者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する常勤の者であるか。ただし、当該介護老人保健施設の管理上支障のない場合は、同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 管理者の責務	<p>(1) 管理者は、当該介護老人保健施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。</p> <p>(2) 管理者は、従業者に運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 計画担当介護支援専門員の責務	<p>(1) 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握しているか。</p> <p>(2) 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しているか。</p> <p>(3) 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携しているか。</p> <p>(4) 苦情の内容等を記録しているか。</p> <p>(5) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 運営規程	<p>次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程(以下「運営規程」という。)を定めているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> 入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他施設の運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 勤務体制の確保等	<p>(1) 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るか。</p> <p>(2) 施設ごとに、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るか。</p> <p>(3) 夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護・介護職員による夜勤体制を確保し、また、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とっているか。</p> <p>(4) 当該施設の従業者によって介護保健施設サービスを提供しているか。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(5) 従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 年間研修計画の策定</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症・食中毒①（ 年 月 日） ②（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 事故対応①（ 年 月 日） ②（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止①（ 年 月 日） ②（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 非常災害対策①（ 年 月 日） ②（ 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 研修記録</p> <p><input type="checkbox"/> 欠席者への対応方法・情報共有方法（ ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	<p>(6) 研修の機会を確保するにあたっては、当該介護老人保健施設は、全ての従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。 (講じている措置の内容)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 適切な介護保健施設サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 業務継続計画の策定等 (令和6年3月31日までの経過措置あり)	<p>(1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。</p> <p>(2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。 なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）</p> <p><input type="checkbox"/> 初動対応</p> <p><input type="checkbox"/> 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</p> <p><input type="checkbox"/> 他施設及び地域との連携</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行っているか。 職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。 なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 定員の遵守	<p>入所定員及び療養室の定員を超えて入所させていないか。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により入所者の同意を得ているか。 <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	(1) 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 苦情処理	(1) 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るか。 <input type="checkbox"/> 苦情対応マニュアル（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 提供した介護保健施設サービスに関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 市からの求めがあった場合には、(4)の改善の内容を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）が行う調査に協力するとともに、国保連から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 国保連からの求めがあった場合には、(6)の改善の内容を国保連に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 地域との連携	(1) その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) その運営に当たっては、提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。 <input type="checkbox"/> 介護相談員の受け入れ（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 事故発生の防止及び発生時の対応	(1) 事故が発生した場合の対応、(2)に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 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な場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 介護事故発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 事故対応マニュアル（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に行っているか。 直近開催日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 従業者に対する研修を定期的に行っているか。 <input type="checkbox"/> 年2回以上開催しているか。 <input type="checkbox"/> 新規採用時には実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(5) (1)~(4)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。 担当者（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (6)の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 虐待の防止 (令和6年3月31日までの経過措置あり)	(1) 当該施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。 直近開催日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会(以下、「虐待防止検討委員会」という。)は、具体的には、次のような事項について検討しているか。 <input type="checkbox"/> ①虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること <input type="checkbox"/> ②虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ③虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> ④虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること <input type="checkbox"/> ⑤従業者が虐待等を把握した場合に、市への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること <input type="checkbox"/> ⑥虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること <input type="checkbox"/> ⑦⑥の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該施設における虐待の防止のための指針を整備しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 施設における虐待の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 職員教育を組織的に徹底させていくために、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施しているか。 また、研修の実施内容について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (1)(3)(5)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。 担当者（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 入所する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 会計の区分	介護保健施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(2) 入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設サービス計画</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 広告制限	<p>広告は次の事項に限定しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設及び構造設備に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 職員の配置員数</p> <p><input type="checkbox"/> 提供されるサービスの種類及び内容（医療の内容に関するものを除く）</p> <p><input type="checkbox"/> 利用料の内容</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 開設者の住所等の変更の届出等	<p>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、10日以内に、その旨を市町村長に届け出ているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 電磁的記録等	<p>(1) 施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するものうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。このような事例はあるか。 （ 有 ・ 無 ）</p> <p>(2) 施設及びその従業者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。このような事例はあるか。 （ 有 ・ 無 ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5 業務管理体制の整備

項目	内 容	適	不適	非該当
1 業務管理体制整備に係る届出書の提出	<p>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るか。</p> <p>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（ ）</p> <p>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 ）</p> <p>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 ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>届出事項に変更があったときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ているか。 ※ 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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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るか。 ※所管庁（届出先） ◎指定事業所又は施設が3以上の地方厚生局の区域に所在する事業者 ・・・厚生労働大臣（厚生労働省老健局） ◎指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在し、かつ2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者・・・主たる事務所の所在地の都道府県知事 ◎すべての指定事業所が豊中市内に所在する事業者 ・・・豊中市長（長寿社会政策課） ◎上記以外の事業者・・・大阪府知事（福祉部高齢介護室介護事業者課）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第6 介護給付費の算定及び取扱い

項目	内 容	適	不適	非該当
1 基本的事項（入所等の日数の数え方）	<p>(1) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(2) 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、当該施設へ入所した日は入所の日数に含め、退所した日は入所の日数に含めず、施設サービス費を算定しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合 <input type="checkbox"/> 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おいて相互に職員の間務や施設の共用等が行われている場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(3) 当該施設の入所者が、当該施設と次の位置関係にある病院又は診療所の医療保険適用病床（以下「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。）へ入院した場合、当該施設における入退所の日数は入所の日数に含めず、施設サービス費を算定しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合 <input type="checkbox"/> 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おいて相互に職員の間務や施設の共用等が行われている場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(定員超過)	短期入所療養介護の利用者と入所者数総合計が、入所者の定員を超えた場合は、所定単位数が減算されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(人員欠如)	(1) 入所者数に対する介護・看護職員の配置3：1以上を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 医師については、常勤換算方法で入所者数比100：1以上を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士については、常勤換算方法で入所者数比100：1以上を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 介護支援専門員 1人以上配置を満たしているか。 (入所者数比100：1を標準)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(夜勤職員減算)	(1) 当該施設において、夜勤時間帯を設定しているか。 ■設定した夜勤時間帯 (: ~ :) ※夜勤時間帯とは、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、原則として事業所又は施設ごとに設定するもの。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 夜勤を行う看護職員または介護職員の数が2人以上（入所者等の数（短期入所の利用者十入所者数）が40以下で、常時、緊急時連絡体制を整備している場合は、1以上）となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 介護保健施設サービス費 【従来型個室・多床室】 在宅復帰・在宅療養支援等指標	在宅復帰・在宅療養支援等指標（最高値：90）				
	①在宅復帰率	50%超 20	50%以下30%超 10	30%以下 0	
	②ベッド回転率	10%以上 20	10%未満5%以上 10	5%未満 0	
	③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	30%未満10%以上 5	10%未満 0	
	④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	30%未満10%以上 5	10%未満 0	
	⑤居宅サービスの実施数	3種類のサービス実施 5	2種類のサービス実施 (訪問リハ含む) 3	2種類のサービス実施 (訪問リハ含まず) 1	未実施 0
	⑥リハ専門職の配置割合	5%以上 (PT、OT、STいずれも常勤換算で0.2以上配置) 5	5%以上 3	3%以上 2	3%未満 0
	⑦支援相談員の配置割合	3%以上 5	3%未満2以上 3	2%未満 0	
	⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	50%未満35%以上 3	35%未満 0	
	⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	10%未満5%以上 3	5%未満 0	
	⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	10%未満5%以上 3	5%未満 0	
	①在宅復帰率：100分の() 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				
	②ベッド回転率：100分の() 30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数				

	<p>③入所前後訪問指導割合：100分の（ ） 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</p> <p>④退所前後訪問指導割合：100分の（ ） 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</p> <p>⑤居宅サービスの実施数：（ ）種類 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について、当該施設において実施している数</p> <p>⑥リハ専門職の配置割合：（ ）パーセント 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</p> <p>⑦支援相談員の配置割合：（ ）パーセント 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</p> <p>⑧要介護4又は5の割合：100分の（ ） 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又は要介護5の者の占める割合</p> <p>⑨喀痰吸引の実施割合：100分の（ ） 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</p> <p>⑩経管栄養の実施割合：100分の（ ） 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</p>			
【従来型個室・多床室】 （基本形）	<p>(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以上であるか。</p> <p>(2) 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 入所者へ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るか。</p> <p>(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入院し、1週間以内に退院者を除く。以下「退所者」という。）の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録しているか。</p> <p>(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るか。</p> <p>(6) 当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行っているか。</p> <p>(7) 在宅復帰・在宅療養支援等指標（評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値）が20以上であるか。 足し合わせた値：（ ）</p> <p>(8) 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【従来型個室・多床室】 （在宅強化型）	<p>(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以上であるか。</p> <p>(2) 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 入所者へ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るか。</p> <p>(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入院し、1週間以内に退院者を除く。以下「退所者」という。）の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 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となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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手動的なりハビリテーションを個別に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師若しくは神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了しているか。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、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り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か。 <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション研修 <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション医師研修会 <input type="checkbox"/> 認知症サポート医養成研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 時間が20分に満たない場合は、介護保険施設サービス費に含まれることから、当該リハビリテーション加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 当該リハビリテーションの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)において概ね5点から25点に相当する者となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 認知症ケア加算	(1) 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に対して介護保健施設サービスを行っている場合に算定しているか。 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法 <input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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その他の入所者を区別しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 他の入所者と区別して②の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るか。 <input type="checkbox"/> (一) 専ら②の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、他の入所者等を入所させるものでないもの。 <input type="checkbox"/> (二) 入所定員は40人を標準としていること。 <input type="checkbox"/> (三) (一)の施設に入所定員の1割以上の数の個室を設けていること。 <input type="checkbox"/> (四) (一)の施設に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㎡以上のテイルームを設けていること。 <input type="checkbox"/> (五) (一)の施設に認知症の入所者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に必要な施設であって、面積30㎡以上のものを設けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者の数は10人を標準としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護保険施設サービスの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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) ユニット型施設でないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 若年性認知症入所者受入加算	(1) 若年性認知症入所者(初老期における認知症によって要介護者となった入所者をいう。)に対して、介護保健施設サービスを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 入院又は外泊時の費用	(1) 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日を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 外泊の初日及び最終日は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 外泊時在宅サービス利用の費用	(1) 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日を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 外泊時費用を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護老人保健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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 従来型個室に入所していた者の取扱い	(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者（平成17年9月1日から同月30日までの間において、施設サービス基準に基づき、入所者が選定する特別な療養室の提供を受けたことに伴い必要となる費用の額の支払を行っていない者）に対して、介護保険施設サービス費を支給する場合は、多床室の介護保険施設サービス費で算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 次のいずれかに該当する者に対して、介護保険サービス費を支給する場合は、多床室の介護保険サービス費を算定しているか。 <input type="checkbox"/> 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内である者であるか。 <input type="checkbox"/> 療養室の面積が8.0㎡以下の従来型個室に入所する者であるか。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ターミナルケア加算	(1) 死亡日以前31日以上45日以下については1日につき80単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき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1,650単位を死亡月に所定単位数に加算しているか。 ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 本人また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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	(1) 従来型個室及び従来型多床室にかかる介護保険施設サービス費の基本型を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 在宅復帰・在宅療養支援等指標（評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値）が40以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 地域に貢献する活動を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	(1) 従来型個室及び従来型多床室にかかる介護保険施設サービス費の在宅強化型を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 在宅復帰・在宅療養支援等指標（評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値）が70以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 初期加算	(1) 入所した日から起算して30日以内の期間について算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) なお、当該介護老人保健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には、初期加算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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 再入所時栄養連携加算	(1) 施設に入所（以下「一次入所」という。）している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該施設に入所（以下「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が一次入所の際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当該診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該指定介護老人保健施設の管理栄養士が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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者1人につき1回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 栄養管理に係る減算を算定していないか。 経過措置（令和6年3月31日までは適用しない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 入所前後訪問指導加算(I)	(1) 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回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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、同様に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	(1) 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回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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、同様に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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、管理栄養士、介護支援専門員等が会議を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 退所時等支援等加算【試行的退所時指導加算】	(1) 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算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 退所時等支援等加算【退所時情報提供加算】	(1) 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を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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の文書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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 退所時等支援等加算【入退所前連携加算（Ⅰ）】	(1) 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入退所前連携加算（Ⅱ）を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 退所時等支援等加算【入退所前連携加算（Ⅱ）】	(1) 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入退所前連携加算（Ⅰ）を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 入退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 退所時等支援加算【訪問看護指示加算】	(1)【基準】 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・随時対応型訪問介護看護又は指定看護小規模多機能型居宅介護の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)【解釈】 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 栄養マネジメント強化加算	(1) 入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 栄養管理に係る減算を算定していないか。 経過措置（令和6年3月31日までは適用しない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置しているか。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあつては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (4)に規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 経口移行加算	(1) 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であつて、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た場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期限に限り、加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 栄養管理に係る減算を算定していないか。 経過措置（令和6年3月31日までは適用しない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であつて、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ものに対しては、引き続き当該加算を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 経口維持加算(I)	(1) 現に経口により食事を摂取する者であつて、摂食機能障害を有し、誤嚥えんが認められる入所者に対して、医師又は歯科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、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、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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つては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導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、栄養管理を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 栄養管理に係る減算（令和6年3月31日までは適用しない。）又は経口移行加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 上記(5)から(7)までについて医師、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実施するための体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 経口維持加算(II)	協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算(I)を算定している場合であつて、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（指定介護老人保健施設の医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 口腔衛生管理加算(I)	(1) 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、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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衛生の管理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衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を参考として作成し、当該施設に提出しているか。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	(1) 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、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如のいずれにも該当しないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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衛生の管理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衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を参考として作成し、当該施設に提出しているか。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 療養食加算	(1) 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供したときは、1日につき3回を限度として、加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 療養食の献立表が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 在宅復帰支援機能加算	(1) 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者(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30を超えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 入所者の家族との連絡調整を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)	(1) 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又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所後1月以内に、状況に応じて当該入所者の処方内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、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情報提供を行い、その内容を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)	(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 厚生労働省への情報の提出は、入所期間が3月を超えると見込まれる入所者について、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 かかりつけ医連携薬剤調整加算(III)	(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、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、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、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て1種類以上減少させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 緊急時施設療養費【緊急時治療管理】	(1) 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、処置等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 特定治療とは同時に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【特定治療】	(1) 医科診療報酬点数表において、高齢者の医療の確保に関する法律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を行った場合に算定しているか。 ※特定治療として算定できないリハビリテーション等「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」(平成27年3月23日厚労省告示第94号)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 緊急時治療管理とは同時に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 所定疾患施設療養費(I)	(1) (2)に該当する入所者に対し投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 次のいずれかに該当する者であるか。 <input type="checkbox"/> 肺炎の者 <input type="checkbox"/> 尿路感染症の者 <input type="checkbox"/> 带状疱疹の者 <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 所定疾患施設療養費(II)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 緊急時施設療養費を算定した日は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等(近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。)の内容等を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 算定する場合にあっては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しているか。なお、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 所定疾患施設療養費(II)	(1) (2)に該当する入所者に対し投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 次のいずれかに該当する者であるか。 <input type="checkbox"/> 肺炎の者 <input type="checkbox"/> 尿路感染症の者 <input type="checkbox"/> 带状疱疹の者 <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 同一の入所者について1月に1回、連続する10日を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 所定疾患施設療養費(I)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(5) 緊急時施設療養費を算定した日は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 診断及び診断に至った根拠、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。）と診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 算定する場合にあっては、診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しているか。なお、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症及び帯状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗薬薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講しているか。 ただし、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もののみをみなす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 認知症専門ケア加算(I)	(1) 厚生労働大臣が定める者（日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者）に対し専門的な認知症ケアを行った場合に算定しているか。 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法 <input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」）の占める割合が2分の1以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、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人を超過して10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「認知症介護に係る専門的な研修」を修了している者は、「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者であるか。 (氏名 年 月 日修了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 認知症専門ケア加算(II)	(1) 厚生労働大臣が定める入所者（日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者）に対し専門的な認知症ケアを行った場合は算定しているか。 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法 <input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」）の占める割合が2分の1以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、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人を超過して10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「認知症介護に係る専門的な研修」を修了している者は、「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者であるか。 (氏名 年 月 日修了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」を終了している者とは、「認知症介護指導者養成研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者であるか。 (氏名 年 月 日修了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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、研修を実施または実施を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 認知症行動・心理症状緊急対応加算	(1) 医師が、認知症の行動心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、入所した日から起算して7日を限度として、算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 認知症情報提供加算	(1) 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であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、次のいずれかに該当する機関に当該入所者の紹介を行っているか。 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター <input type="checkbox"/> 認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	(1) 入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 褥瘡マネジメント加算(I)	(1) 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 褥瘡マネジメント加算(II)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 褥瘡マネジメント加算(II)	(1) 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (1)の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生はないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 褥瘡マネジメント加算(I)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 排せつ支援加算(I)	(1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 排せつ支援加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 排せつ支援加算(Ⅱ)	(1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) (1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないか。 <input type="checkbox"/> (二) (1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 排せつ支援加算(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 排せつ支援加算(Ⅲ)	(1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) (1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないか。 <input type="checkbox"/> (二) (1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 排せつ支援加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 自立支援促進加算	(1) 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (1)の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(5) 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	(1) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、②に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	(1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報加えて、入所者ごとの疾病、服薬の状況等の情報を、厚生労働省に提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、②に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 安全対策体制加算	(1) 入所初日に限り所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 以下の項目に適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 事故が発生した場合の対応、②に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。 <input type="checkbox"/> (二) 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について、従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。 <input type="checkbox"/> (三) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。 <input type="checkbox"/> (四) (一)(二)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) ②の四に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けているか。 外部研修受講日（ 年 月 日） 研修内容（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該介護老人保健施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であるか。（ %） <input type="checkbox"/> (二) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であるか。（ %）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であるか。（ %）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。（ %） <input type="checkbox"/> (二) 介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であるか。（ %） <input type="checkbox"/> (三) 指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であるか。（ %）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 介護職員処遇改善加算(I)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）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策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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るか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 施設において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けているか。 <input type="checkbox"/> (六) (五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 介護職員処遇改善加算(II)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）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策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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るか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 施設において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（賃金に関するものを含む。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 介護職員処遇改善加算(III)	(1) 介護職員の賃金（退職手当除く）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策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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るか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) 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市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 施設において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) [キャリアパス要件Ⅰ] 次に掲げる要件の全てに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 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。）を定めているか。 <input type="checkbox"/> b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (二) [キャリアパス要件Ⅱ] <input type="checkbox"/> 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か。 <input type="checkbox"/> b aについて全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) ②の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 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440万円以上であるか。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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 施設における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。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ないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 施設において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該施設の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該施設の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 施設において、事業年度ごとに当該施設の職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) ②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(一) 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440万円以上であるか。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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 施設における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。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ないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 施設において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該施設の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該施設の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 施設において、事業年度ごとに当該施設の職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 介護職員等ベースアップ等支援加算	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当てに充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護老人保健施設において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。 ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該介護老人保健施設において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護保健施設サービス費における介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(短期入所療養介護)

第1 基本方針

項目	内容	適	不適	非該当
1 基本方針【介護】	指定居宅サービスに該当する短期入所療養介護(以下「指定短期入所療養介護」という。)の事業は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	指定介護予防サービスに該当する介護予防短期入所療養介護(以下「指定介護予防短期入所療養介護」という。)の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行うことにより、利用者の療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第2 人員に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 従業者の員数	介護老人保健施設である事業所にあつては、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は、それぞれ、利用者を当該介護老人保健施設の入所者とみなした場合における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るために必要な数以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 人員に関する基準のみなし規定	指定短期入所療養介護事業者が指定介護予防短期入所療養介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定短期入所療養介護の事業と指定介護予防短期入所療養介護の事業を同一の事業所において一体的に運営しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第3 設備に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
設備に関する基準	介護老人保健施設である事業所にあつては、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第4 運営に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 内容及び手続きの説明及び同意	(1) 指定（介護予防）短期入所療養介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得ているか。 (2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要(24 運営規程の項目を参照) <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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を対象に、介護老人保健施設において指定（介護予防）短期入所療養介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 指定短期入所療養介護の開始及び終了【介護】	(1) 居宅介護支援事業者等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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	(2) 介護予防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、指定介護予防短期入所生活介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 提供拒否の禁止	正当な理由なく指定（介護予防）短期入所療養介護の提供を拒んでないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 サービス提供困難時の対応	当該指定（介護予防）短期入所療養介護事業所の通常の事業の実施地域（当該事業所が通常時に当該サービスを提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定（介護予防）短期入所療養介護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（介護予防）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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 受給資格等の確認	指定（介護予防）短期入所療養介護事業者は、指定（介護予防）短期入所療養介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。 指定（介護予防）短期入所療養介護事業者は、(1)の被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定（介護予防）短期入所療養介護を提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 要介護認定等の申請に係る援助	(1) 指定（介護予防）短期入所療養介護事業者は、指定（介護予防）短期入所療養介護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。 (2) 指定（介護予防）短期入所療養介護事業者は、居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）が利用者に対して行われていない等の場合であつて必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心身の状況等の把握	指定（介護予防）短期入所療養介護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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	指定（介護予防）短期入所療養介護の提供の開始に際し、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に対して届け出ること等により、指定（介護予防）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し、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 （介護予防）居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	指定（介護予防）短期入所療養介護事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定（介護予防）短期入所療養介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 サービスの提供の記録	(1) 指定短期入所療養介護を提供した際には、当該指定短期入所療養介護の提供日及び内容、当該指定短期入所療養介護について法第41条第6項の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定短期入所療養介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等（送迎の記録等）を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 利用料等の受領	(1) 法定代理受領サービスに該当する指定（介護予防）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（介護予防）短期入所療養介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定（介護予防）短期入所療養介護事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）短期入所療養介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定（介護予防）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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（その他の日常生活費）	(3) (1)及び(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払を受けていないか。 <input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用 <input type="checkbox"/> 滞在に要する費用 <input type="checkbox"/> 利用者が選定する特別な療養室等の提供を行ったことに伴い必要となる費用 <input type="checkbox"/> 利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用 <input type="checkbox"/> 送迎に要する費用 <input type="checkbox"/> 理美容代 <input type="checkbox"/> 指定短期入所療養介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認められる費用 ・ ・ ※「その他の日常生活費」老企第54号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (3)に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得ているか。ただし、「食事の提供に要する費用」、「滞在に要する費用」、「利用者が選定する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」、「利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用」に係る同意については、文書によるものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) その他の日常生活費の徴収に当たっては、利用者又はその家族の希望によるものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) その他の日常生活費は、保険給付の対象となっているサービスと重複したものとなっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) その他の日常生活費は、あいまいな名目によるものではなく、費用の内訳を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 預かり金の管理方法は以下のとおり適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金管理規程を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 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るか。 <input type="checkbox"/> 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るか。 <input type="checkbox"/> 利用者との保管依頼書（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るか。 <input type="checkbox"/> 預かり金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）に点検されているか。 <input type="checkbox"/> 利用者又は家族等に定期的（少なくとも3ヶ月に1回）に収支報告（閲覧又は通知等）を行っているか。 <input type="checkbox"/> 預かり金の管理費用は実費相当となっているか。また、積算根拠は文書等により明確にされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 特別な療養室の定員は、1人又は2人となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【特別な療養室料】	(10) 当該療養室が、居住費の他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利用者から受けるのにふさわしいものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 当該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、その額が消費税の税込表記となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 実際の当該療養室の提供に際しては、利用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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 通常の食事は提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行う等することにより必要な費用徴収にふさわしいものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【特別な食料】	(14) 当該食料の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に規定され、その額が消費税の税込表記となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 支払を受ける額は、当該食料の提供に必要な費用から通常の食事の額を控除した額として、その額に消費税を含めた金額となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(16) 当該食料の提供に当たっては、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士による利用者ごとの医学的及び栄養学的な管理を行うこととしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(17) 実際の当該食料の提供に際しては、利用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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(領収証の発行)	(1) 利用料等の支払を受ける際、利用者に対し、費用区分を明確にした領収証を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）短期入所療養介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定（介護予防）短期入所療養介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 指定短期入所療養介護の取扱方針 【介護】	(1) 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、当該利用者の療養を妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、短期入所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行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (2)の相当期間以上とは、概ね4日以上連続して利用する場合か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 指定短期入所療養介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 自らその提供する指定短期入所療養介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	(1) 指定介護予防短期入所療養介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 身体的拘束等の禁止 【予防】	(1) 指定介護予防短期入所療養介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 短期入所療養介護計画の作成	(1) 管理者は、相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに医師の診療の方針に基づき、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 短期入所療養介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 管理者は、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、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 管理者は、短期入所療養介護計画を作成した際には、当該短期入所療養介護計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	(1) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者は、相当期間以上（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、(1)に規定する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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (2)の「相当期間以上」とは、概ね4日以上連続して利用する場合としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護予防短期入所療養介護計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 管理者は、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対して説明し、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 管理者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(7) 指定介護予防短期入所療養介護の提供に当たっては、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 介護予防短期入所療養介護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 診療の方針	(1) 診療は、一般に医師として診療の必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、利用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、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 常に利用者の病状及び心身の状況並びに日常生活及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 検査、投薬、注射、処置等は、利用者の病状に照らして妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を利用者に施用し、又は処方してはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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られたときは、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 機能訓練	利用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、必要な理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 看護及び医学的管理の下における介護	(1) 看護及び医学的管理の下における介護は、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 1週間に2回以上、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)から(4)に定めるほか、利用者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定（介護予防）短期入所療養介護事業者の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 その他のサービスの提供	(1) 適宜利用者のためのレクリエーション行事を行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 常に利用者の家族との連携を図るよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 運営規程	次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 指定（介護予防）短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域 <input type="checkbox"/> 施設利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 業務継続計画の策定等	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 衛生管理等	(1) 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話機器装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、短期入所療養介護従業者に周知徹底を図ること。 (2) (1)以外について、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 掲示	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 指定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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 地域等との連携【介護】	その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等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 地域との連携【予防】	指定短期入所療養介護の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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 会計の区分	指定短期入所療養介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定短期入所療養介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。 (2) 利用者に対する指定短期入所療養介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護計画 <input type="checkbox"/> 具体的なサービスの内容等の記録 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 <input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 変更の届出等	運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、10日以内に、その旨を市町村長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 電磁的記録等	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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5 介護給付費関係

項目	内 容	適	不適	非該当
1 基本的事項 (入所等の日数の数え方)	(1) 利用の日数については、入所日及び退所日の両方を含めて、(介護予防)短期入所療養介護費を算定しているか。 (2) 当該事業所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、当該事業所へ利用を開始した日は利用の日数に含め、終了した日は利用の日数に含めず、(介護予防)短期入所療養介護費を算定しているか。 <input type="checkbox"/> 当該施設と介護保険施設等が同一敷地内にある場合 <input type="checkbox"/> 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おい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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(3) 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を終了した日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に事業所の利用を開始する場合は、入所等の日は含めず、（介護予防）短期入所療養介護費を算定しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該施設と医療保険適用病床が同一敷地内にある場合 <input type="checkbox"/> 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おい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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(定員超過)	短期入所療養介護の利用者数と施設の入所者の合計が、市長に提出した運営規程に定められている入所者の定員を超えた場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(人員欠如)	指定基準に定める員数の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を置いていない場合、所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(夜勤職員減算)	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 介護老人保健施設短期入所療養介護費 【リハビリテーションの取り扱い】	<p>(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時適切に提供できる体制が整備されているか。</p> <p>(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利用者の状態に応じて行っているか。</p> <p>(3) 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口内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又は聴覚機能に係る活動向上訓練を行っているか。</p> <p>(4) 当該訓練により向上され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るか。</p> <p>(5) 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るか。</p> <p>(6) 医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法又は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、記録しているか。</p> <p>(7) 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あるようにしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【特定介護老人保健施設療養介護費】	<p>(1) 利用者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者であるか。</p> <p>(2) 利用対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者であるか。</p> <p>(3) また、ここでいう短期入所療養介護を行うのに要する標準時間には、送迎に要する時間を含まないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 夜勤職員配置加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 個別リハビリテーション実施加算	<p>(1) 事業所の医師、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ているか。</p> <p>(2) 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行った場合に算定しているか。</p> <p>(3) 当該個別リハビリテーション計画に基づき、個別リハビリテーションを20分以上実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 認知症ケア加算 【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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 認知症行動・心理症状緊急対応加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 緊急短期入所受入加算 【介護】	<p>(1) 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者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られた利用者であるか。</p> <p>(2) 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い、利用を開始した日から起算して7日を限度として算定しているか。</p> <p>(3) 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ないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 若年性認知症利用者受入加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 重度療養管理加算【介護】	(1) 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算定しているか。 <input type="checkbox"/> 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 <input type="checkbox"/> 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射を実施している状態 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 <input type="checkbox"/> 褥瘡に対する治療を実施している状態 <input type="checkbox"/> 気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該医学的管理の内容等を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載しているか。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみ記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 送迎加算	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所療養介護事業所との間の送迎を行う場合に、片道につき算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 従来型個室を利用する者の取扱い	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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 30日を超える日以降の取扱い	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、介護老人保健施設における短期入所療養介護費は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 総合医学管理加算【介護】	(1) 治療管理を目的とし、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行った場合に、7日を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 緊急時施設療養費を算定した日は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 療養食加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 認知症専門ケア加算(I)	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 認知症専門ケア加算(II)	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 緊急時施設療養費【緊急時治療管理】	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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【特定治療】 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 サービス提供体制強化加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 介護職員処遇改善加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護職員処遇改善加算と同様に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 介護職員等特定処遇改善加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設における介護職員等特定処遇改善加算と同様に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 介護職員等ベースアップ等支援加算	当該事業所の本体施設である介護老人保健施設におけるベースアップ等支援加算と同様に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>