

# 令和7年度自己点検表

## 【 介護医療院 】

(併設の短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護を含む)

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記 入 年 月 日                  | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                                                                                                                                                                                               |
| 施 設 名                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 指 定 サ ー ビ ス<br>指 定 有 効 期 限 | <b>介護医療院</b><br>(指定有効期限: 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)<br><b>短期入所療養介護</b><br>(指定有効期限: 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)<br><b>介護予防短期入所療養介護</b><br>(指定有効期限: 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) |
| 介護保険事業所番号                  | 3 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                           |
| 記 入 者                      | (職名) <input type="text"/> (氏名) <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 連 絡 先 電 話 番 号              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### ＜自己点検に当たっての留意事項＞

- (1) 記入される時点での状況について、各項目の点検事項に記載されている内容について、満たされていれば「はい」を、そうでなければ「いいえ」を選択してください。なお、該当するものがなければ「非該当」を選択してください。
- (2) 点検事項について、全てが満たされていない場合（一部は満たしているが、一部は満たしていないような場合）は、「いいえ」を選択してください。
- (3) 県の運営指導の際、施設の方に当「自己点検表」により介護保険事業の実施状況を確認させていただきます。
- (4) 介護医療院は「施設」、短期入所療養介護は「短期」、介護予防短期入所療養介護は「予防短期」と略しています。
- (5) 点検事項ごとに根拠法令等を記載していますので、参考にしてください。

◎ 提出期限 … 令和7年7月31日(木)必着

◎ 提出先等 … 長寿社会課に提出すること

◎ その他 … 原則メールで提出すること。紙媒体で提出する場合は、A4版とし、可能な限り両面コピー（長辺とじ）で1部提出すること。

(注) 主な根拠法令の表記については、以下のとおり略しています。

|           |                                                                                                                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 法         | → 介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)                                                                                              |
| 規則        | → 介護保険法施行規則(平成11年3月31日厚生省令第36号)                                                                                         |
| 施基        | → 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年1月18日厚生労働省令第5号)                                                                       |
| 施解        | → 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について(平成30年3月22日老老発0322第1号)                                                                  |
| 平30老発0327 | 6 → 病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について(平成30年3月27日医政発0327第31号・老発0327第6号)                                                           |
| 施費        | → 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第21号)                                                                       |
| 施留        | → 指定居宅サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日老企第40号) |
| 居解        | → 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号)                                                                    |
| 居費        | → 指定居宅サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第19号)                                                                       |
| 予費        | → 指定介護予防サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省告示第127号)                                                                  |
| 予留        | → 指定介護予防サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号:別紙1)                  |
| 特費        | → 厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数(平成12年2月10日厚生省告示第30号)別表第二                                                          |
| 特留        | → 特別診療費の算定に関する留意事項について(平成30年4月25日老老発0425第2号)                                                                            |
| 平12告27    | → 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年2月10日厚生省告示第27号)                                                   |
| 平12告29    | → 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第29号)                                                                     |
| 平12告31    | → 厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る施設基準等(平成12年2月10日厚生省告示第31号)                                                                   |
| 平12告32    | → 厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る特別な薬剤(平成12年2月10日厚生省告示第32号)                                                                   |
| 平12老企54   | → 通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成12年3月30日老企第54号)                                                                         |
| 平17告419   | → 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(平成17年9月7日厚生労働省告示第419号)                                                                 |
| 平12告123   | → 厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に関する基準等(平成12年3月30日厚生労働省告示第123号)                                                           |
| 平27告93    | → 厚生労働大臣が定める1単位の単価(平成27年3月23日厚生労働省告示第93号)                                                                               |
| 平27告94    | → 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日厚生労働省告示第94号)                                                                          |
| 平27告95    | → 厚生労働大臣が定める基準(平成27年3月23日厚生労働省告示第95号)                                                                                   |
| 平27告96    | → 厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年3月23日厚生労働省告示第96号)                                                                                 |
| 虐待防止法     | → 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年11月9日法律第124号)                                                                      |
| 条例1       | → 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例(平成30年3月20日山口県条例第1号)                                                                  |
| 条例35      | → 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年7月10日山口県条例第35号)                                                              |
| 条例36      | → 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(平成24年7月10日山口県条例第36号)                          |
| 規則36      | → 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例施行規則(平成30年3月30日山口県規則第36号)                                                             |
| 規則82      | → 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成24年9月28日山口県規則第82号)                                                          |

規則83 → 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例施行規則(平成24年9月28日山口県規則第83号)

平24長寿社会962 → 老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(長寿社会課関係)の施行について(平成24年12月21日長寿社会第962号)

## 第1 基本方針

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                                                                                        | 点検結果            | 根拠法令    |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
| 1 基本方針<br>(施設) | ・ 長期にわたる療養を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、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、その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努めているか。                                                                        | はい・いいえ          | 条例1第2条  |
|                | ・ 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供を行っているか。                                                                                                                                                                | はい・いいえ          |         |
|                | ・ 地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業を行う者、居宅サービス事業を行う者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。                                                                                                     | はい・いいえ          |         |
|                | ・ 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。                                                                                                                                          | はい・いいえ          |         |
|                | ・ サービスを提供するに当たっては、法第118条の2第1項に定める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。<br>※この場合において、「科学的介護情報システム(LIFE:Long-term care Information system For Evidence)」(以下「LIFE」という。)に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。 | はい・いいえ          | 施解第5の1  |
|                | (ユニット型の場合)<br>・ 各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援しているか。                                                                                                                                             | はい・いいえ<br>・ 非該当 | 条例1第18条 |

## 第2 人員基準

| 点検項目  | 点検事項                                                                                                                                                        | 点検結果   | 根拠法令              |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 1 管理者 | ・ 常勤専従の者となっているか。<br>※ 当該介護医療院の管理上支障がない場合は、当該施設又は他の事業所、施設等若しくは規則で定める施設(当該介護医療院のサテライト型特定施設又は当該介護医療院のサテライト型居住施設)の職務に従事することができる。<br>→※に該当する場合は、右の点検結果を「はい」とすること | はい・いいえ | 条例1第4条<br>規則36第3条 |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>※ 兼務の有無：有・無</p> <p>有の場合 <input type="checkbox"/> 当該施設の他の職務（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 他の事業所、施設等の職務（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 県規則で定める施設の職務（ ）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                                                            |
|      | <p>・ 知事の承認を受けた医師であるか。</p> <p>※ 知事の承認を受け、医師以外の者に管理させることが可能</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ         | 法第109条                                                                     |
|      | <p>・ 医療法人の場合、当該管理者は法人の理事となっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ<br>・非該当 | 医療法第46条の5第6項                                                               |
|      | <p>・ 兼務する場合、それぞれの勤務時間の合計により常勤要件を満たしているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ<br>・非該当 | 施解第3の10(3)                                                                 |
|      | <p>・ 当該施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ         | 規則36第4条<br>規則82第141条【準用第36条】<br>規則83第133条【準用第37条】                          |
|      | <p>・ 従業者に運営基準を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ         | 施解第5の22                                                                    |
|      | <p>・ 管理者は、医師に宿直させているか。(ただし、以下のいずれかの場合であつて、入所者に対するサービス提供に支障が無い場合は、この限りではない→該当項目を■にした上で、点検結果を「はい」とすること)</p> <p><input type="checkbox"/> II型療養床のみを有する介護医療院である場合</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関併設型介護医療院であり同一敷地内又は隣接する敷地にある病院又は診療所との連携が確保されており、当該介護医療院の入所者の病状が急変した場合に当該病院又は診療所の医師が速やかに診察を行う体制が確保されている場合</p> <p><input type="checkbox"/> その他、医療法施行規則第9条の15の2に定める場合と同様に、介護医療院の入所者の病状が急変した場合においても当該介護医療院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められている場合</p> | はい・いいえ         |                                                                            |
| 2 医師 | <p>・ 以下のとおり配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> I型療養床＋II型療養床の場合</p> <p>常勤換算方法で、入所者のうちI型療養床の利用者(以下「I型入所者」という。)の数を48で除した数に、入所者のうちII型療養床の利用者(以下「II型入所者」という。)の数を100で除した数を加えて得た数以上(その数が3に満たないときは3とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1とする。)</p>                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         | <p>施基第4条第1項第1号</p> <p>施解第3の1</p> <p>県規則82第129条第4項</p> <p>県規則83第120条第4項</p> |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                           |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|
|                               | <p><input type="checkbox"/> II型療養床のみ＋宿直の医師を置かない場合</p> <p>II型療養床のみ有する介護医療院であって、設基第27条第3項ただし書の規定により、宿直を行う医師を置かない場合にあっては、入所者の数を100で除した数以上(その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1とする。)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関併設型介護医療院の場合</p> <p>常勤換算方法で、I型入所者の数を48で除した数に、II型入所者の数を100で除した数を加えて得た数以上</p> <p><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院(入所定員が19人以下の医療機関併設型介護医療院)の場合</p> <p>併設される医療機関により併設小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあっては、置かないことができる。</p> <p>※ 複数の医師が勤務する形態にあっては、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えない。ただし、このうち1人は、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としなければならない。なお、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めておくことが必要。</p> <p>※ 介護医療院で行われる(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護医療院サービスの職務時間と(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護医療院の勤務延時間数として差し支えない。</p> |        |                                                           |
| 3 薬剤師                         | <p>・ 以下のとおり配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院以外の場合</p> <p>常勤換算方法で、I型入所者の数を150で除した数に、II型入所者の数を300で除した数を加えて得た数以上</p> <p><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院の場合</p> <p>併設される医療機関の職員(病院の場合にあっては、医師又は薬剤師。診療所の場合にあっては、医師とする。)により併設型小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあっては、置かないことができる。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ | 規則36第2条第1項第1号<br>施解第3の2<br>県規則82第129条第4項<br>県規則83第120条第4項 |
| 4 看護師若しくは准看護師(以下「看護職員」という。)又は | ・ 看護職員について、常勤換算方法で、入所者の数を6で除した数以上を配置しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ | 施基第4条第1項第3号<br>施解第3の3                                     |
|                               | ・ 介護職員について、以下のとおり配置しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ | 規則36第2条第1項第3号                                             |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                           |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| 介護職員                 | <input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院以外の場合<br>常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を5で除した数に、Ⅱ型入所者の数を6で除した数を加えて得た数以上<br><br><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院の場合<br>常勤換算方法で、併設型小規模介護医療院の入所者の数を6で除した数以上<br>※ 介護職員の数を算出するに当たっては、看護職員を介護職員とみなして差し支えない。ただし、この場合の看護職員については、人員の算出上、看護職員として数えることはできない。 | はい・いいえ         | 施解第3の4<br>県規則82第129条第4項<br>県規則83第120条第4項                  |
| (ユニット型)              | ・ 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置しているか。                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 | 施基第52条第2項<br>規則36第39条第2項                                  |
|                      | ・ 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置しているか。                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 | 施解第6の10<br>県規則82第142条第2項                                  |
|                      | ・ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。ユニットリーダーのうち、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者を2名(2ユニット以下の施設の場合は1名)以上配置しているか。                                                                                                                                                                              | はい・いいえ<br>・非該当 | 県規則83第134条第2項                                             |
|                      | ・ 入所者との「馴染みの関係」を重視したサービスを提供するため、看護・介護職員は各ユニットの専属とするよう配慮しているか。                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                           |
| 5 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | ・ 以下のとおり配置しているか。<br><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院以外の場合<br>介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数<br><br><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院の場合<br>併設される医療機関の職員(病院の場合にあっては、医師又は理学療法士等。診療所の場合にあっては、医師とする。)により当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあっては、置かないことができる。                             | はい・いいえ         | 規則36第2条第1項第4号<br>施解第3の5<br>県規則82第129条第4項<br>県規則83第120条第4項 |
| 6 栄養士又は管理栄養士         | ・ 以下のとおり配置しているか。<br><input type="checkbox"/> 入所定員が100名以上の場合<br>1以上<br>※ 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。<br><input type="checkbox"/> 入所定員が100名未満の場合                                                                                       | はい・いいえ         | 規則36第2条第1項第5号<br>施解第3の6<br>県規則82第129条第5項<br>県規則83第120条第5項 |



|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                     |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|
|           | <p>常勤職員の配置に努めるべきであるが、併設小規模介護医療院の併設医療機関に配置されている栄養士又は管理栄養士による栄養管理が、当該介護医療院の入所者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                     |
| 7 介護支援専門員 | <p>・ 以下のとおり配置しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院以外の場合<br/>1以上(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。)</p> <p><input type="checkbox"/> 併設型小規模介護医療院の場合<br/>入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合にあつては、当該介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数</p> <p>* 氏名 : <input type="text"/> 専従 ・ 兼務 (兼務の職種: <input type="text"/>)<br/>(介護支援専門員証有効期限: <input type="text"/>)</p> <p>* 氏名 : <input type="text"/> 専従 ・ 兼務 (兼務の職種: <input type="text"/>)<br/>(介護支援専門員証有効期限: <input type="text"/>)</p>                        | はい・いいえ | 規則36第2条第1項第6号、第2項第2号及び第3項<br>施解第3の7 |
|           | <p>・ 専従常勤の者を配置しているか。</p> <p>※1 増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではない。</p> <p>※2 入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護医療院の他の職務に従事することができる。</p> <p>※3 介護支援専門員が医療機関併設型介護医療院の職務に従事する場合であつて、当該医療機関併設型介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、当該医療機関併設型介護医療院に併設される病院又は診療所の職務に従事することができる。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができる。</p> <p>→※2、※3に該当する場合は、右の点検結果を「はい」とすること</p> <p>※4 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められない。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。</p> | はい・いいえ |                                     |
| 8 診療放射線技師 | <p>・ 介護医療院の実情に応じた適当数を配置しているか。</p> <p>※ 併設施設との職員の兼務を行うこと等により適正なサービスを確保できる場</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ | 規則36第2条第1項第7号<br>施解第3の8             |

|                  |                                                                                                                                                         |        |                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|
|                  | 合にあつては、配置しない場合があつても差し支えない。                                                                                                                              |        |                         |
| 9 調理員、事務員その他の従業者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院の実情に応じた適当数を配置しているか。</li> <li>※ 併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えない。</li> </ul> | はい・いいえ | 規則36第2条第1項第8号<br>施解第3の9 |

### 第3 施設基準

※ 短期入所療養介護は介護医療院として必要な設備を設けること。

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                    | 点検結果           | 根拠法令                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|
| 1 療養室<br>(従来型) | ・ 1の療養室の定員は4人以下となっているか。                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         | 施基第5条第2項第1号                                      |
|                | ・ 入所者等1人当たりの床面積は8㎡以上か。(既存施設は特例あり)                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ         | 施解第4の2(1)②イ                                      |
|                | ・ 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えているか。                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ         |                                                  |
| (ユニット型)        | ・ 1の療養室の定員は、1人となっているか。(ただし、入居者へのサービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。)                                                                                                                                                                       | はい・いいえ<br>・非該当 | 施基第45条第2項第1号イ<br>施解第6の3(4)                       |
|                | ・ 療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられているか。                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                  |
|                | ・ 1のユニットの入居定員は、原則としておおむね10人以下とし、15人を超えていないか。                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                  |
|                | ・ 1の療養室の床面積は、10. 65㎡以上となっているか。<br>2人部屋については、21. 3㎡以上となっているか。                                                                                                                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                  |
| (共通)           | ・ 地階に設けていないか。                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ         | 施基第5条第2項第1号及び第45条第2項第1号イ<br>施解第4の2(1)②イ及び第6の3(9) |
|                | ・ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けているか。                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                                  |
|                | ・ 入居者のプライバシーの確保に配慮した療養床を設けているか。                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         |                                                  |
|                | ・ ナースコールを設けているか。<br>※ 療養室のナース・コールについては、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、入所者の動向や意向を検知できる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。                                                                                                                            | はい・いいえ         |                                                  |
| 2 診察室          | <ul style="list-style-type: none"> <li>医師が診察を行う施設、臨床検査施設(喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設)及び調剤を行う施設を有しているか。</li> <li>※ 臨床検査施設は、検体検査(人体から排出され、又は採取された検体の微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査及び生化学的検査)の業務を委託する場合にあつては、当該検体</li> </ul> | はい・いいえ         | 施基第5条第2項第2号及び第45条第2項第2号<br>施解第4の2(1)②ロ及び第6の3(9)  |



|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                            |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|
|                    | <p>検査に係る設備を設けないことができる。</p> <p>※ 臨床検査施設において検体検査を実施する場合にあっては、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第9条の7から第9条の7の3までの規定を準用する。</p>                                                                                                                                                                                |                |                                                            |
|                    | <p>・ 医師が診察を行う施設については医師が診療を行うのに適切なものとなっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         |                                                            |
|                    | <p>・ 臨床検査施設は、病院又は診療所に設置される臨床検査施設に求められる検査基準及び構造設備基準を満たすものとなっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                            |
|                    | <p>・ 調剤を行う施設は、病院又は診療所に設置される調剤所に求められる基準を満たすものとなっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ         |                                                            |
| 3 処置室              | <p>・ 次に掲げる施設を有しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設</li> <li>・ 診察の用に供するエックス線装置(定格出力の管電圧(波高値とする。)が10キロボルト以上であり、かつ、その有するエネルギーが1メガ電子ボルト未満のものに限る。)</li> </ul> <p>※ 医師が処置を行う施設については、医師が処置を行うのに適切なものとする。なお、当該部分については、診察室における医師が診察を行う施設の部分と兼用することができる。</p>   | はい・いいえ         | <p>施基第5条第2項第3号及び第45条第2項第3号</p> <p>施解第4の2(1)②ハ及び第6の3(9)</p> |
| 4 機能訓練室            | <p>・ 内法による測定で40㎡以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えているか。</p> <p>※ 併設型小規模介護医療院の場合は、機能訓練を行うのに十分な広さを有し、必要な器械・器具を備えることで足りる。</p>                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         | <p>施基第5条第2項第4号及び第45条第2項第4号</p> <p>施解第4の2(1)②ニ及び第6の3(9)</p> |
| 5 談話室<br>(従来型)     | <p>・ 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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ         | 規則36第7条第1号                                                 |
| 6 食堂<br>(従来型)      | <p>・ 食堂の床面積は、内法による測定で1㎡に入所者の数を乗じて得た面積以上となっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ         | 規則36第7条第2号                                                 |
| 7 共同生活室<br>(ユニット型) | <p>・ 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有しているか。</p> <p>そのため、次の2つの要件を満たしているか。</p> <p>① 他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていること。</p> <p>② 当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う職員が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること。</p> | はい・いいえ<br>・非該当 | <p>規則36第40条第1号イ</p> <p>施解第6の3(5)</p>                       |

|                                  |                                                                                                                                                                                                   |                |                                    |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・一室の床面積は、2㎡に当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準としているか。</li> </ul>                                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な設備及び備品を備えているか。</li> <li>※ 備える必要がある備品: 食事、談話等に適したテーブル、椅子等</li> <li>設置が望ましい設備: 簡易な流し、調理設備</li> </ul>                                                     | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
| 8 浴室                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の不自由な者が入浴するのに適したものであるか。</li> </ul>                                                                                                                      | はい・いいえ         | 規則36第7条第3号、第40条第2号                 |
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般浴槽のほか、特別浴槽を備えているか。(療養病床を有する診療所から転換した場合は特例あり)</li> </ul>                                                                                                 | はい・いいえ         |                                    |
| 9 レクリエーション・ルーム (従来型)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                           | はい・いいえ         | 規則36第7条第4号                         |
| 10 洗面所 (従来型)                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の不自由な者が使用するのに適したものとしているか。</li> </ul>                                                                                                                    | はい・いいえ         | 規則36第7条第5号                         |
| (ユニット型)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けているか。</li> </ul>                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第40条第1号ロ                       |
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の不自由な者が使用するのに適したものとしているか。</li> </ul>                                                                                                                    | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
| 11 便所(従来型)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の不自由な者が使用するのに適したものとしているか。</li> </ul>                                                                                                                    | はい・いいえ         | 規則36第7条第5号                         |
| (ユニット型)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けているか。</li> </ul>                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第40条第1号ハ                       |
| 12 サービス・ステーション                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養室のある階ごとに、療養室に近接して設けられているか。</li> </ul>                                                                                                                   | はい・いいえ         | 条例1第5条、第19条<br>施解第4の2(1)②ト、第6の3(9) |
| 13 調理室                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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が設けられているか。</li> </ul>                                                                                         | はい・いいえ         | 条例1第5条、第19条<br>施解第4の2(1)②チ、第6の3(9) |
| 14 洗濯室又は洗濯場                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・設置されているか。</li> </ul>                                                                                                                                      | はい・いいえ         | 条例1第5条、第19条                        |
| 15 汚物処理室                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・他の設備と区別された一定のスペースを有しているか。</li> </ul>                                                                                                                      | はい・いいえ         | 条例1第5条、第19条<br>施解第4の2(1)②リ、第6の3(9) |
| 16 家族相談室<br>ボランティア・ルーム<br>家族介護教室 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・設置するよう配慮しているか。</li> <li>※ 実際に設置しているもの<br/> <input type="checkbox"/> 家族相談室 <input type="checkbox"/> ボランティア・ルーム <input type="checkbox"/> 家族介護教室 </li> </ul> | はい・いいえ         | 施解第4の2(1)④、第6の3(9)                 |
| 17 構造設備                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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以上設けているか。</li> </ul>                                                                                               | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第8条第3項、第46条                    |
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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以上設けているか。</li> </ul>                                                                                                   | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・階段の傾斜は緩やかにするとともに、手すりを原則として両側に設けているか。</li> </ul>                                                                                                           | はい・いいえ         | 規則36第8条第3項第5号、第46条                 |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                                              |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>廊下の幅(内法により、壁から測定)は1.8m以上(中廊下は2.7m以上)あるか。(備品等の設置により、廊下の幅が基準以下になっていないか。)</li> <li>※ ユニット型の部分は、廊下の一部の幅を拡張すること(アルコーブの設置等)により、入居者等の円滑な往来に支障がないと認められる場合には、1.5m以上(中廊下は、1.8m以上)でも可。</li> </ul>                                                                                                                                         | ・非該当<br>はい・いいえ | 施解第4の3(4)、第6の3(9)<br>規則36第8条第3項第6号、第46条<br>施解第4の3(5)、第6の3(8) |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>廊下には、手すりを原則として両側に設けるとともに、常夜灯を設けているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ         |                                                              |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院サービスを適切に行うために必要な設備を備えているか。<br/>(備えるべき設備)<br/><input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ギャッチベッド <input type="checkbox"/> ストレッチャー等<br/>(努めるべき事項)<br/><input type="checkbox"/> 家庭的な雰囲気確保するよう創意工夫<br/><input type="checkbox"/> 車椅子等の移動のための段差解消<br/><input type="checkbox"/> 表示等により病院又は診療所との区分を可能な限り明確化</li> </ul> | はい・いいえ<br>     | 施解第4の3(6)～(9)、第6の3(9)                                        |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>消防法第17条の規定に基づく消防用設備等及び風水害、地震等の災害に際して、必要な設備を設けているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ<br>     | 規則36第8条第3項第8号、第46条<br>施解第4の3(10)、第6の3(9)                     |
|  | 18 共用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                              |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院と介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設等の社会福祉施設等が併設される場合において、次に掲げる施設が併設施設と共用されていないか。<br/>・療養室<br/>・診察室(医師が診察を行う施設に限る。)<br/>・処置室(エックス線装置を含む。)</li> </ul>                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ<br>・非該当 | 条例1第5条第3項、第19条第3項<br>施解第4の2(1)③、第6の3(9)<br>平30老発0327 6       |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>上記以外の部分について、併設施設との共用を行う場合には、双方の施設基準を満たし、かつ、利用計画から判断して、双方の入所者処遇に支障がないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                              |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院と病院又は診療所が併設される場合において、次に掲げる施設が併設施設と共用されていないか。<br/>・手術室<br/>・病院又は診療所の病室と介護医療院の療養室</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                              |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>上記以外の部分について、併設施設との共用を行う場合には、双方の施設基準を満たし、かつ、利用計画から判断して、各施設等の患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                              |

#### 第4 運営基準

| 点検項目                       | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 点検結果           | 根拠法令                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| 1<br>内容及び手続の説明及び同意<br>(施設) | <p>・サービスの提供の開始に際し、入所申込者又はその家族に重要事項を記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について入所申込者の同意を得ているか。</p> <p>※ 相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができる。</p> <p>① 重要事項説明書に盛り込むべき内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針</li> <li><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li><input type="checkbox"/> 入所定員（Ⅰ型療養床及びⅡ型療養床に係るそれぞれの入所定員の数並びにその合計数）</li> <li><input type="checkbox"/> 内容及び利用料その他の費用の額</li> <li><input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項</li> <li><input type="checkbox"/> 非常災害対策等</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制</li> <li><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応</li> <li><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制</li> </ul> <p>② 説明状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全員に説明済み</li> <li><input type="checkbox"/> 一部未終了（未終了者 <span style="background-color: #ccccff;">      </span> 人）</li> <li><input type="checkbox"/> 説明未済</li> </ul> <p>③ 同意状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 契約書による同意</li> <li><input type="checkbox"/> 同意書による同意</li> <li><input type="checkbox"/> 口頭同意のみ</li> <li><input type="checkbox"/> その他（ <span style="background-color: #ccccff;">                    </span> ）</li> </ul> | はい・いいえ         | 条例1第10条                             |
| (短期・予防短期)                  | <p>・サービスの提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に重要事項を記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について同意を得ているか。</p> <p>※ 相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができる。</p> <p>① 重要事項説明書に盛り込むべき内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</li> <li><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li><input type="checkbox"/> 内容及び利用料その他の費用の額</li> <li><input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ<br>・非該当 | 条例35第63条【準用第8条】<br>条例36第57条【準用第18条】 |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------|
|                          | <input type="checkbox"/> 施設利用に当たっての留意事項<br><input type="checkbox"/> 非常災害対策等<br><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項<br><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制<br><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応<br><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制<br><br>② 説明状況<br><input type="checkbox"/> 全員に説明済み<br><input type="checkbox"/> 一部未終了（未終了者 <span style="background-color: #ccccff;">      </span> 人）<br><input type="checkbox"/> 説明未済<br><br>③ 同意状況<br><input type="checkbox"/> 契約書による同意<br><input type="checkbox"/> 同意書による同意<br><input type="checkbox"/> 口頭同意のみ<br><input type="checkbox"/> その他（ <span style="background-color: #ccccff;">                    </span> ） |                |                                                      |
| 2 提供拒否の禁止                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 正当な理由なく（特に要介護度や所得の多寡を理由にサービス提供を拒否または禁止）サービス提供を拒んでいないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ         | 条例1第11条<br>条例35第63条【準用第9条】<br>条例36第57条【準用第18条の2】     |
| 3 サービス提供困難時の対応           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス提供が困難な場合、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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第15条<br>規則82第141条【準用第11条】<br>規則83第133条【準用第39条の5】 |
| 4 要介護認定等の申請に係る援助         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の更新の申請が遅くとも要介護認定等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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第17条<br>規則82第141条【準用第13条】<br>規則83第133条【準用第39条の7】 |
| 5 入退所（施設）                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護医療院は、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は、長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性を勘案し、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。（優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しているか。）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         | 規則36第18条                                             |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所に際しては、居宅介護支援事業者に対する照会等により、入所申込者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努め、退所に際しては、入所者又はその家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者、退所後の主治医等に対する適切な情報提供に努めているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         |                                                      |
| 6 サービスの提供の記録<br><br>（施設） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護医療院の入所に際しては入所年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所年月日を、当該者の被保険者証に記載しているか。</li> <li>・ 提供した具体的なサービスの内容等を記録しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ         | 規則36第19条                                             |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ         |                                                      |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (短期・予防短期) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を提供した際には、提供日及び内容等をサービス利用票等に記載しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則82第141条【準用第20条】<br>規則83第133条【準用第39条の14】                                                                                                                                                        |
| 7 利用料等の受領 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・法定代理受領サービスの場合は、入所者から介護報酬の1割、2割又は3割の額の支払いを受けているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ         | 規則36第20条<br>規則82第141条【準用第111条】<br>規則83第133条【準用第101条】                                                                                                                                             |
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・法定代理受領サービスとそうでないサービスの場合の利用料の額に不合理な差額を設けていないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ         | 平12老企54<br>平17告419                                                                                                                                                                               |
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・法定代理受領サービスに係る支払い以外で、下記の費用以外の費用の支払いを受けていないか。<br/>【日常生活費】<br/>① 食事の提供に要する費用<br/>② 居住(滞在)に要する費用<br/>③ 理美容代<br/><br/>【特別なサービス等の費用】(日常生活費とは区分される費用)<br/>④ 入所者(利用者)が選定する特別な居室等の提供を行ったことに伴い必要となる費用<br/>⑤ 入所者(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<br/>⑥ 送迎に要する費用(短期)<br/>※ 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて必要と認められる場合は加算の対象となるので徴収不可<br/>⑦ 日常生活においても通常必要となる費用で入所者(利用者)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)<br/><input type="checkbox"/> 入所者(利用者)の希望による身の回り品(歯ブラシ等)<br/><input type="checkbox"/> 入所者(利用者)の希望による教養娯楽品(クラブの材料代等)<br/><input type="checkbox"/> その他 ( )<br/>(以下施設のみ)<br/><input type="checkbox"/> 健康管理費(予防接種に係る費用等)<br/><input type="checkbox"/> 預かり金管理料<br/><input type="checkbox"/> 私物の洗濯代</li> </ul> | はい・いいえ         | 注 : おむつ代は徴収できない。<br><br>注 : 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用は認められない。(お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目は不可)<br><br>注 : ⑦については、利用者の個別な希望によるものに限る。(全ての利用者に一律に提供し、全ての利用者から画一的に徴収することは認められない。) |
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記費用の徴収に当たっては、次のとおり適切に取り扱っているか。<br/>① サービス内容及び費用の額を運営規程で定める<br/>② サービス内容及び費用の額を事業所等の見やすい場所へ掲示する<br/>③ あらかじめ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し、同意を得る</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         | 注 : 居住費(滞在費)、食費、特別な室料、特別な食費の同意については、必ず文書で得ること。                                                                                                                                                   |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                               |                          |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-------|-------|---------|-----|-----|-------|-------|-------------|-----|-----|-------|-------|---------|-----|-----|-------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>・上記⑦に入所者預り金の管理に要する費用の徴収がある場合、適切に管理されているか。（施設）</div> <div><div><div><div></div></div><div>責任者及び補助者の選定(印鑑と通帳が別々に保管されている)</div></div><div><div><div></div></div><div>管理状況の確認(複数の者による定期的な点検)</div></div><div><div><div></div></div><div>保管依頼書(契約書)</div></div><div><div><div></div></div><div>個人別出納台帳</div></div><div><div><div></div></div><div>預り金に係る規程</div></div></div>                                                                | <div>はい・いいえ</div> <div>・非該当</div> | 注：入所者預り金の管理に対し、費用の徴収を行わない場合であっても、同様の取扱いが望ましい。 |                          |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>・費用の支払いを受けた際、入所者等に領収証を交付しているか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div>はい・いいえ</div>                 |                                               | 法第41条第8項、第48条第7項、第53条第7項 |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>・上記の領収証には、保険給付による額、食費、居住費(滞在費)、その他の費用による額を区分して記載しているか。</div> <div>※その他の費用についてはそれぞれ個別の費用毎に区分されていることが必要</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div>はい・いいえ</div>                 |                                               | 規則第65条、第82条、第85条         |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| (短期・予防短期)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>・食費の設定は、原則として一食ごとに分けて設定しているか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>はい・いいえ</div> <div>・非該当</div> | H24.4月 Q&A (vol.2) 問42                        |                          |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| 8 居住費(滞在費)、食費の負担                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>・居住費(滞在費)、食費について、市町から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた者に対しては、その認定証に記載された負担限度額以上の金額を徴収していないか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div>はい・いいえ</div>                 | 法第51条の3                                       |                          |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>・居住費(滞在費)、食費について、第4段階の者についてのみ、第1段階から第3段階の者に対する基準費用額を下回る設定をしていないか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div>はい・いいえ</div>                 |                                               |                          |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>※居住費(滞在費)の負担限度額(日額)【R7.7.31～】(円)</div> <table><tr><td></td><td>1段階</td><td>2段階</td><td>3段階</td><td>基準費用額</td></tr><tr><td>多床室</td><td>0</td><td>430</td><td>430</td><td>437</td></tr><tr><td>従来型個室</td><td>550</td><td>550</td><td>1,370</td><td>1,728</td></tr><tr><td>ユニット型個室的多床室</td><td>550</td><td>550</td><td>1,370</td><td>1,728</td></tr><tr><td>ユニット型個室</td><td>880</td><td>880</td><td>1,370</td><td>2,066</td></tr></table> |                                   |                                               |                          | 1段階   | 2段階   | 3段階   | 基準費用額 | 多床室 | 0   | 430 | 430   | 437   | 従来型個室   | 550 | 550 | 1,370 | 1,728 | ユニット型個室的多床室 | 550 | 550 | 1,370 | 1,728 | ユニット型個室 | 880 | 880 | 1,370 | 2,066 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1段階                               |                                               | 2段階                      | 3段階   | 基準費用額 |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| 多床室                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 430                               | 430                                           | 437                      |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| 従来型個室                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 550                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 550                               | 1,370                                         | 1,728                    |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| ユニット型個室的多床室                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 550                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 550                               | 1,370                                         | 1,728                    |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| ユニット型個室                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 880                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 880                               | 1,370                                         | 2,066                    |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| <div>※食費の負担限度額(日額)(円)</div> <table><tr><td></td><td>1段階</td><td>2段階</td><td>3段階①</td><td>3段階②</td><td>基準費用額</td></tr><tr><td>施設</td><td>300</td><td>390</td><td>650</td><td>1,360</td><td>1,445</td></tr><tr><td>短期・予防短期</td><td>300</td><td>600</td><td>1,000</td><td>1,300</td><td>1,445</td></tr></table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   | 1段階                                           | 2段階                      | 3段階①  | 3段階②  | 基準費用額 | 施設    | 300 | 390 | 650 | 1,360 | 1,445 | 短期・予防短期 | 300 | 600 | 1,000 | 1,300 | 1,445       |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1段階                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2段階                               | 3段階①                                          | 3段階②                     | 基準費用額 |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| 施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 390                               | 650                                           | 1,360                    | 1,445 |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| 短期・予防短期                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 600                               | 1,000                                         | 1,300                    | 1,445 |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |
| 9 特別な室料                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>・特別な療養室に係る費用については、一般の居住費(滞在費)に対する追加的費用であることを入所者等又は家族に対し、明確に説明した上で契約しているか。また、下記の基準を満たして適切に設定されているか。</div> <div>① 定員が、1人又は2人であること。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div>はい・いいえ</div> <div>・非該当</div> | 平17告419<br>平12告123                            |                          |       |       |       |       |     |     |     |       |       |         |     |     |       |       |             |     |     |       |       |         |     |     |       |       |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                      |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|
|                      | <p>② 特別な療養室の定員割合が概ね50%を超えないこと。</p> <p>③ 1人当たりの床面積が8㎡以上であること。</p> <p>④ 設備等が利用料のほかに費用の支払を受けるにふさわしいものであること。</p> <p>⑤ 特別な療養室の提供が入所者等の選択に基づくものであり、サービス提供上の必要性から行われるものでないこと。</p> <p>⑥ 費用の額が運営規程に定められていること。</p>                                                                                                    |                              |                                                      |
| 10 特別な食事             | <p>・ 特別な食事に係る費用については、一般の食費に対する追加的費用であることを入所者等又は家族に対し、明確に説明した上で契約しているか。また、以下の基準を満たして適切に設定されているか。</p> <p>① 高価な材料を使用し、特別な調理を行うなど、一般の食費を超えて支払を受けるのにふさわしいものであること。</p> <p>② 予め入所者等又はその家族に対し十分な情報提供を行い、入所者等の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できること。</p> <p>③ 施設内に特別な食事の内容及び料金、予め定められた日に予め希望した入所者等に提供できることを掲示していること。</p> | はい・いいえ<br>・非該当               | 平17告419<br>平12告123                                   |
|                      | <p>・ 基本となる食事の中で提供すべき食事を、特別な食事として費用徴収をしていないか。<br/>不適切な例：栄養補助食品<br/>：咀嚼がしやすいよう刻み食やミキサーでかけた食事を提供する場合に当該入所者等の食事のみ高く設定</p>                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ<br>・非該当               |                                                      |
| 11 保険給付の請求のための証明書の交付 | <p>・ 法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービス及び短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）に係る費用の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を入所者等に対して交付しているか。</p>                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ<br>・非該当               | 規則36第21条<br>規則82第141条【準用第22条】<br>規則83第133条【準用第40条の2】 |
| 12 サービスの取扱方針（施設）     | <p>・ 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、心身の状況等を踏まえ、療養を妥当適切に行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ                       | 規則36第22条第1項                                          |
|                      | <p>・ 施設の従業者は、サービス提供に当たっては、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。</p>                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ                       | 規則36第22条第3項                                          |
|                      | <p>（ユニット型の場合）</p> <p>・ 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当               | 規則36第41条第2項                                          |
| 13 身体的拘束等の廃止         | <p>・ 当該入所者等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等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。</p>                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ・<br>身体的拘束等<br>を行っていない | 条例1第13条<br>規則36第22条第4項<br>施基第16条、第47条                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>・緊急やむを得ず身体的拘束等を実施する場合は、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の三要件を満たしていることを確認し、入院患者等や家族に説明の上、実施することとしているか。</p> <p>(三つの要件)</p> <p><input type="checkbox"/> 入院患者等本人又は他の入院患者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い(切迫性)</p> <p><input type="checkbox"/> 代替する介護方法がない(非代替性)</p> <p><input type="checkbox"/> 一時的なものである(一時性)</p> <p>(実施の判断)</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の指示   <input type="checkbox"/> カンファレンスで検討   <input type="checkbox"/> 現場ケアスタッフの判断のみ</p>                                                                                                                                                                                                        | <p>はい・いいえ・<br/>身体的拘束等<br/>を行っていない</p> | <p>施解第5の11<br/>条例35第63条【準用第54条】<br/>条例36第57条【準用第48条】<br/>「身体拘束ゼロへの手引き」</p> |
| <p>・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者等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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>はい・いいえ・<br/>身体的拘束等<br/>を行っていない</p> |                                                                            |
| <p>・身体的拘束等の記録の内容は、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の三要件を満たしていることが確認できる内容となっているか。また、廃止に向けての検討材料となり得る内容となっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>はい・いいえ・<br/>身体的拘束等<br/>を行っていない</p> |                                                                            |
| <p>・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。)(以下、「身体的拘束等適正化検討委員会」という。)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対し、周知徹底を図っているか。</p> <p>※身体的拘束等適正化検討委員会は、幅広い職種(例えば、施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員)により構成され、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要</p> <p>※身体的拘束等適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない</p> <p>※身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる</p> <p>※身体的拘束適正化検討委員会は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介した遠隔によるケア)が可能な機器を用いて(以下同様)を活用して</p> | <p>はい・いいえ</p>                         |                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p>隊を介したコミュニケーションが可能な機会をいつ、以下同し。)を活用し、行うことができるものとする。</p> <p>※ テレビ電話装置等を活用する際は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること</p> <p>(※以下の各項目でのテレビ電話装置等の活用についても同様)</p>                                                                                                                                                                               |               |
| <p>・ 身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるため、次に掲げる事項を実施しているか。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること</p> <p>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</p> <p>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</p> | <p>はい・いいえ</p> |
| <p>・ 次に掲げる項目を盛り込んだ身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。</p> <p>① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方</p> <p>② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項</p> <p>③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針</p> <p>④ 施設内で発生した身体拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針</p> <p>⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>                                                                                       | <p>はい・いいえ</p> |
| <p>・ 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、介護職員その他の従業者に対し、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研修を実施しているか。</p> <p>※ 研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>はい・いいえ</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ・研修の実施内容について記録しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ |
| <p><b>※以下①～⑩について、すべて記入してください</b></p> <p>①「身体的拘束等適正化検討委員会」の開催状況（    月に1回）</p> <p>② 身体的拘束等の適正化のための研修の実施状況（年に    回）</p> <p>③ 令和7年6月1日時点の施設入所者数（    人）（短期入所を除く）</p> <p>④ 令和7年6月1日時点の施設定員（    人）</p> <p>⑤ 令和7年6月1日時点で身体的拘束等を実施した実人数（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>※⑤については、1人の方に複数の行為を行っている場合においても「1人」とカウント</p> <p>⑥ 令和7年6月1日時点で身体的拘束等を実施した延人数</p> <p>・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚を掻きむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> <p>・他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る<br/>（    なし・あり（    人（うち認知症の方    人））</p> |        |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------|
|                            | <div>・行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる<br/>( <div>なし・あり</div> ( <div></div> 人(うち認知症の方 <div></div> 人))</div> <div>・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する<br/>( <div>なし・あり</div> ( <div></div> 人(うち認知症の方 <div></div> 人))</div> <div>※⑥については、1人の方に複数の行為を行っている場合はそれぞれでカウント</div> <div>⑦ 身体的拘束等を実施している場合、拘束を必要とする個別の理由<br/>( <div></div> )</div> <div>⑧ 昨年(令和6年6月1日時点)と比べて、状況の変化があったか<br/><div><div><input type="checkbox"/> 昨年・本年とも身体拘束なし</div><div><input type="checkbox"/> すべて廃止(今回身体拘束なし)</div><div><input type="checkbox"/> 減少した</div><div><input type="checkbox"/> 変化なし</div><div><input type="checkbox"/> 増加した</div></div></div> <div>⑨ ⑧で「<input type="checkbox"/>すべて廃止(今回身体拘束なし)」にチェックした場合、廃止に至った主な取り組み<br/>( <div></div> )</div> <div>⑩ 昨年(令和6年6月1日時点)以降に、拘束を外したことによって事故につながった件数<br/>( <div>なし・あり</div> ( <div></div> 件)</div> |                   |                                                              |
| 14 サービス自己評価                | <div>・サービスの質の自己評価を行い、常にその改善を図っているか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>はい・いいえ</div> | 規則36第22条第5項、第41条第7項<br>規則82第133条第5項、第144条第7項<br>規則83第124条第2項 |
| 15 施設サービス計画<br>の作成<br>(施設) | <div>・管理者は、施設サービス計画の作成に関する業務を介護支援専門員以外の職員に担当させていないか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>はい・いいえ</div> | 規則36第23条                                                     |
|                            | <div>・計画担当介護支援専門員は、入所者及びその家族に面接を行い、適切な方法により、入所者の有する能力、置かれている環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、解決すべき課題を把握(アセスメント)しているか。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div>はい・いいえ</div> |                                                              |
|                            | <div>・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勘案して、施設サービス計画の原案を作成しているか。</div> <div>【計画原案の内容】</div> <div><div><input type="checkbox"/> 入所者及びその家族の生活に対する意向</div><div><input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針</div><div><input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題</div><div><input type="checkbox"/> サービスの目標及びその達成時期</div><div><input type="checkbox"/> サービスの内容</div><div><input type="checkbox"/> サービスを提供する上での留意事項</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>はい・いいえ</div> |                                                              |



|                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <p>【計画作成状況】(様式)</p> <p><input type="checkbox"/> 第1表 (入所者及び家族の意向・総合方針)</p> <p><input type="checkbox"/> 第2表 (援助の目標及び内容)</p> <p><input type="checkbox"/> 第3表 (週間計画) 又は第4表 (日課計画)</p> <p><input type="checkbox"/> 第5表 (ケアカンファレンス)</p> <p><input type="checkbox"/> 第6表 (経過記録)</p> |        |
| <p>・施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めているか。</p>                                                                                                                                        | はい・いいえ |
| <p>・計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(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が参加する場合にあっては、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。)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、各担当者に、専門的な見地からの意見を求めているか。</p>                                                                                     | はい・いいえ |
| <p>・計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案について、入所者又はその家族に説明し、文書により入所者の同意を得ているか。</p> <p>※ 相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができる。</p>                                                                                                                                                              | はい・いいえ |
| <p>・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。</p>                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |
| <p>・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(モニタリング)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。</p>                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ |
| <p>・計画担当介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を断続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行っているか。</p> <p>① 定期的に入所者に面接すること。</p> <p>② 定期的にモニタリングの結果を記録すること。</p>                                                                                                                       | はい・いいえ |
| <p>・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(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(以下この項において「入所者等」という。)が参加する場合にあっては、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。)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、各担当者に、専門的な見地からの意見を求めている</p>                                                      | はい・いいえ |

|                                               |                                                                                                               |                |                                    |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|
|                                               | ① 入所者が要介護更新認定を受けた場合<br>② 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合                                                              |                |                                    |
| 16 短期入所療養介護計画(介護予防短期入所療養介護計画)の作成<br>(短期・予防短期) | ・ 管理者は、概ね4日以上にわたり継続して入所する予定の利用者については、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(介護予防短期入所療養介護計画)を作成しているか。 | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則82第134条<br>規則83第126条             |
|                                               | ・ 短期入所療養介護計画(予防含む。以下同じ)は、既に居宅サービス計画(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                                       | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
|                                               | ・ 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。                                             | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
|                                               | ・ 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。                                                           | はい・いいえ<br>・非該当 |                                    |
| 17 診療の方針                                      | ・ 診療は、一般的に医師として必要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。<br>＊ 診察時間・回数等： 週 日 / : ～ :                     | はい・いいえ         | 規則36第24条<br>規則82第135条<br>規則83第127条 |
|                                               | ・ 検査、投薬、注射、処置等は、入所者等の病状に照らし妥当適切に行っている<br>＊ 一人当たりの月額平均薬代： 円                                                    | はい・いいえ         |                                    |
| 18 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等<br>(施設)                | ・ 必要な医療の提供が困難な場合には、往診又は通院の措置を講じているか。<br>＊ 通院時の付き添い： <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 家族   | はい・いいえ         | 規則36第25条                           |
|                                               | ・ 不必要に往診又は通院をさせていないか。<br>＊ 通院先：                                                                               | はい・いいえ         |                                    |
|                                               | ・ 受診の際には、健康手帳及び被保険者証を携えて受診させるとともに、受診先の医師又は歯科医師に診療状況に関する情報を提供しているか。<br>＊ 介護医療院→病院の情報提供記録： 有・無                  | はい・いいえ         |                                    |
|                                               | ・ 受診後は、受診先の医師から、療養上必要な情報の提供を受け、その情報により適切な診療を行っているか。<br>＊ 病院→介護医療院の情報提供記録： 有・無                                 | はい・いいえ         |                                    |
|                                               | ・ 病状の急変等により入院治療が必要となった場合には、速やかに入院させているか。<br>＊ 入院先：                                                            | はい・いいえ         |                                    |
|                                               |                                                                                                               |                | 施解第5の14(2)                         |
| 19 機能訓練                                       | ・ 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他適切なリハビリテーションを計画的に行っているか。                                       | はい・いいえ         | 規則36第26条<br>施解第5の15                |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                        |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|
| (施設)               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                        |
| (短期・予防短期)          | ・ 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の場合は、必要に応じて行われているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則82第136条<br>規則83第128条 |
| 20 栄養管理<br>(施設)    | ・ 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。                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         | 規則36第26条の2<br>施解第5の16  |
|                    | ・ 栄養ケア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。<br>※ 栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる。                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ         |                        |
|                    | ・ 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         |                        |
|                    | ・ 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ         |                        |
| 21 口腔衛生の管理<br>(施設) | ・ 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ         | 規則36第26条の3<br>施解第5の17  |
|                    | ・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行っているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ         |                        |
|                    | ・ 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月1回程度の口腔の健康状態の評価を実施しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ         |                        |
|                    | ・ 上の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直しているか。<br>※ 口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができる。<br><input type="checkbox"/> 助言を行った歯科医師<br><input type="checkbox"/> 歯科医師からの助言の要点<br><input type="checkbox"/> 具体的方策<br><input type="checkbox"/> 施設における実施目標<br><input type="checkbox"/> 留意事項・特記事項 | はい・いいえ         |                        |
|                    | ・ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔ケアに関する技術的助言及び指導を行うことに関する技術的助言                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                        |

|                    |                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | 口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は上記計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行っているか。<br>なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。 |                |                                                                                                                           |
| 22 入浴の状況           | ・ 週2回以上入浴又は清しきを行っているか。                                                                                                                                    | はい・いいえ         | 規則36第27条第2項<br>規則82第137条第2項<br>規則83第129条第2項<br>施解第5の18(1)<br><br>規則36第42条第3項<br>規則82第145条第3項<br>規則83第137条第3項<br>施解第6の6(3) |
|                    | ・ 特別浴槽を用いた入浴や介助浴等の適切な入浴方法により実施されているか。                                                                                                                     | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
|                    | (ユニット型の場合)<br>・ 一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者等の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けているか。                                                                                  | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                                                                           |
| 23 排泄・おむつ交換の状況     | ・ 排泄の自立について努力されているか。                                                                                                                                      | はい・いいえ         | 規則36第27条第3項、第4項<br>規則82第137条第3項、第4項<br>規則83第129条第3項、第4項<br>施解第5の18(2)                                                     |
|                    | ・ おむつの必要な者に対し適切に取り替えているか。                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
|                    | ・ トイレ等は入所者の特性に応じた工夫がなされているか。                                                                                                                              | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
|                    | ・ 換気、保温、プライバシーの確保に配慮されているか。                                                                                                                               | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
| 24 褥瘡予防対策(施設)      | ・ 褥瘡のハイリスク者(日常生活自立度が低い入所者等)に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をしているか。                                                                                               | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第27条第5項<br>施解第5の18(3)                                                                                                 |
|                    | ・ 褥瘡予防対策担当者(看護師が望ましい。)を決めているか。                                                                                                                            | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
|                    | ・ 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。                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
|                    | ・ 褥瘡対策のための指針を整備しているか。                                                                                                                                     | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
|                    | ・ 介護職員等に対し、褥瘡防止のための研修等を実施しているか。                                                                                                                           | はい・いいえ         |                                                                                                                           |
| 25 離床の状況           | ・ 離床、着替え、整容その他日常生活上の世話(支援)を適切に行っているか。                                                                                                                     | はい・いいえ         | 規則36第27条第6項<br>規則82第137条第5項<br>規則83第129条第5項                                                                               |
| 26 付き添い介助          | ・ 入所者に対して、入所者の負担により、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。                                                                                                           | はい・いいえ         | 規則36第27条第7項<br>規則82第137条第6項<br>規則83第129条第6項                                                                               |
| 27 日常生活上の援助(ユニット型) | ・ 入居者等の日常生活における家事を、入居者等が、その心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援しているか。                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第42条第2項<br>規則82第145条第2項<br>規則83第129条第2項                                                                               |

|                   |                                                                                                                                                    |                | 規則83第130条                                                           |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------|
| 28 食事の提供          | <ul style="list-style-type: none"> <li>個々の入所者等の栄養状態に応じて、摂取・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状態並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、計画的な食事の提供を行っているか。</li> </ul> | はい・いいえ         | 規則36第28条、第43条<br>規則82第138条、第146条<br>規則83第130条、第138条<br>施解第5の19、第6の7 |
|                   | (ユニット型の場合)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、施設側の都合ではなく、入所者等が自分のペースで食事を取ることができるよう十分な時間を確保しているか。</li> </ul> | はい・いいえ<br>・非該当 | 居解第3の9の2(7)、3(7)、第4の3の7(6)                                          |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>夕食時間は早くとも午後5時以降となっているか。(6時以降が望ましい。)</li> </ul>                                                              | はい・いいえ         | 大量調理施設衛生管理マニュアル                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>食事はできるだけ離床して食堂(ユニットの場合は共同生活室)で行われるよう努めているか。</li> </ul>                                                      | はい・いいえ         |                                                                     |
|                   | (ユニット型の場合)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>共同生活室での食事を強制しないよう留意しているか。</li> </ul>                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>                                                     | はい・いいえ         |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>食事の内容は、医師や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。また、嗜好調査、残食(菜)調査、医師や栄養士等による検食等が適切に反映するなど、工夫がなされているか。</li> </ul>   | はい・いいえ         |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>保存食は、2週間冷凍保存されているか。</li> </ul>                                                                              | はい・いいえ         |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>調理室、食器類の衛生管理に努めているか。</li> </ul>                                                                             | はい・いいえ         |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>給食関係者の検便は月1回適切に実施されているか。</li> </ul>                                                                         | はい・いいえ         |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>給食業務を委託している施設においては、委託契約書が国の示す基準に基づいて作成されているか。</li> </ul>                                                    | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                     |
| 29 その他のサービスの提供    | (従来型の場合)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>適宜レクリエーション行事を行うよう努めているか。</li> </ul>                                                             | はい・いいえ         | 規則36第30条、第44条<br>規則82第139条、第147条<br>規則83第131条、第139条                 |
|                   | (ユニット型の場合)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者の自律的なこれらの活動を支援しているか。</li> </ul>                       | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                     |
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等と家族との交流等の機会を確保しているか。</li> </ul>                                                                         | はい・いいえ         |                                                                     |
| 30 入所者等に関する市町への通知 | <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町に通知しているか。<br/>① 正当な理由なしに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</li> </ul>          | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第31条<br>規則82第141条【準用第27条】<br>規則83第133条【準用第43条】                  |



|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                                  | <p>護状態等の程度を増進させた等と認められるとき。</p> <p>② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                         |
| <p>31 運営規程<br/>(施設)</p> <p>* 運営規程最終変更<br/>(施行)年月日</p> <p>施設: 年 月 日</p>           | <p>・次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 入所定員(Ⅰ型療養床及びⅡ型療養床に係るそれぞれの入所定員の数並びにその合計数)</p> <p><input type="checkbox"/> サービスの内容及び利用料その他の費用の額</p> <p><input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項(入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項等)</p> <p><input type="checkbox"/> 非常災害対策</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>※ 虐待の防止に係る、組織内の体制(責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等)や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。</p> <p><input type="checkbox"/> その他施設の運営に関する重要事項</p> <p>※ やむを得ず身体的拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。</p> <p>※ 宿直の医師の有無及び宿直の医師がいない場合はその事由を規定</p> <p><input type="checkbox"/> ユニットの数及びユニットごとの入居定員(ユニット型のみ)</p> | はい・いいえ                    | <p>規則36第9条、第46条</p> <p>施解第5の24、第6の9</p> |
| <p>(短期・予防短期)</p> <p>* 運営規程最終変更<br/>(施行)年月日</p> <p>短期: 年 月 日</p> <p>予防: 年 月 日</p> | <p>・次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p><input type="checkbox"/> サービスの内容及び利用料その他の費用の額</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の送迎の実施地域</p> <p><input type="checkbox"/> 施設利用に当たっての留意事項</p> <p><input type="checkbox"/> 非常災害対策</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>※ 虐待の防止に係る、組織内の体制(責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等)や虐待又は虐待が疑われる事案(以下「虐待等」という。)が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。</p> <p><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項</p> <p>※ やむを得ず身体的拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。</p>                                                                                                                                                  | <p>はい・いいえ</p> <p>・非該当</p> | <p>規則82第131条</p> <p>規則83第122条</p>       |



|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|
| 32 勤務体制の確保等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・月ごと療養棟ごとに勤務表を作成し、管理者と全ての従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従・兼務の別、看護職員、介護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確に記載しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ         | 規則36第6条<br>規則82第141条【準用第71条】<br>規則83第133条【準用第85条の2】<br>施解第5の25 |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・兼務がある従業者について、その勤務実態が適切に記録されているか。特に、介護医療院及び併設短期入所療養介護事業所並びに併設介護予防短期入所療養介護事業所以外の併設事業所(通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等)と兼務している従業者は、他事業所の勤務時間と明確に区分して記録されているか。</li> </ul>                                                                                                                           | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制となっているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ         |                                                                |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の資質の向上のために、計画的な職員研修の機会が確保されているか。その際、全ての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修(認知症介護基礎研修)を受講させるために必要な措置を講じているか。</li> </ul> | はい・いいえ         |                                                                |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・職場におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメントの内容及び同ハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ         |                                                                |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談(苦情を含む)に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者に周知しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ         |                                                                |
|             | (事業主が講じることが望ましい取組)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・顧客等からの著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)の防止のために、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組(メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等)及び③被害防止のための取組(マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組)を行っているか。</li> </ul>                                                                                      | はい・いいえ         |                                                                |
| 33 定員の遵守    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所定員(ユニット型の場合はユニットごとの入居定員)及び療養室の定員を遵守しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ         | 規則36第32条、45条                                                   |
| (施設)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                |
| (短期・予防短期)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を介護医療院の入所者とみなした場合において、入所定員及び療養室の定員を遵守しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 | 規則82第140条第4号<br>規則83第132条第4号                                   |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------|
|               | ※ 災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | アロコ    |                                                                                 |
| 34 業務継続計画の策定等 | <p>・ 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための、以下の項目を記載した計画(業務継続計画)を策定しているか。</p> <p>① 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>② 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> | はい・いいえ | <p>条例1第8条</p> <p>施解第5の26</p> <p>条例35第63条(準用第7条の2)</p> <p>条例36第57条(準用第17条の2)</p> |
|               | <p>・ 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うための研修(新規採用時及び年2回以上)を開催し、実施内容について記録しているか。</p> <p>※ 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ |                                                                                 |
|               | <p>・ 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、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の訓練(シミュレーション)を定期的(年2回以上)に実施しているか。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ |                                                                                 |
|               | <p>・ 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |                                                                                 |
| 35 非常災害対策     | <p>・ 消防法令に基づくスプリンクラー、屋内消火栓、非常通報装置、防災カーテン、寝具等の設備が整備され、また、これらの設備について専門業者により定期的に点検が行われているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ | <p>条例1第7条</p> <p>条例35第63条【準用第36条】</p> <p>条例36第57条【準用第41条の2】</p>                 |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------|
|          | <p>* 全施設に設置： <input type="checkbox"/> 消火器 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置</p> <p>* 延べ275㎡以上の施設に設置 <input type="checkbox"/> スプリンクラー</p> <p>* 延べ700㎡以上の施設に設置 <input type="checkbox"/> 屋内消火栓</p>                                    |        | 平24長寿社会962別紙2                                                  |
|          | <p>・ 周辺の地域の環境及び利用者の特性等に応じて、地震、風水害、火災その他の災害が発生した場合における安全の確保のための体制及び避難の方法等を定めた防災計画(以下「施設内防災計画」という。)を策定しているか。</p> <p>※「施設内防災計画」の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 消防計画</p> <p><input type="checkbox"/> 防災マニュアル：「福祉・医療施設防災マニュアル作成指針」に基づき、施設の実情に応じて、各施設・事業者が作成するもの</p> | はい・いいえ | ※「福祉・医療施設防災マニュアル作成指針」、「福祉施設等の災害対策取組事例集」については県厚政課のホームページを参照     |
|          | <p>・ 「施設内防災計画」に基づき、以下の体制整備を行っているか。また、ア及びイについて、定期的に従業員、入所者・利用者及びその家族に周知しているか</p> <p>ア 関係機関(市町、消防署、警察署等)への通報・連絡体制</p> <p>イ 入所者・利用者を円滑に避難誘導するための体制</p> <p>ウ 市町等との連携協力体制</p>                                                                                           | はい・いいえ |                                                                |
|          | <p>・ 施設及び事業者は、非常災害に備えるため、災害時はもちろんのこと平常時から以下の情報収集等に注意を払っているか。</p> <p>ア 入所者・利用者の状態、家族の連絡先等の利用者情報の把握</p> <p>イ 気象情報・災害危険個所の状態等の必要な情報の収集</p> <p>ウ 職員への防災教育、入所者の防災意識向上 等</p>                                                                                             | はい・いいえ |                                                                |
|          | <p>・ 訓練のうち、避難訓練及び消火訓練については、「施設内防災計画」で定めた時期、回数に基づき定期的に行っているか。</p> <p>また、夜間又は夜間を想定した訓練を実施しているか。</p> <p>* 訓練計画回数： 年 <input type="text"/> 回（前回実施日： <input type="text"/> ）</p> <p>* 夜間又は夜間想定訓練の実施：（ <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> ）</p>         | はい・いいえ | ※「訓練」には、消防法上の自衛消防訓練である消火訓練、通報訓練、避難訓練、総合訓練の他、参集訓練、連絡網の確認訓練等がある。 |
|          | <p>・ 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。</p>                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ |                                                                |
|          | <p>・ 訓練結果に基づき、施設内防災計画の検証及び必要な見直しを行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ |                                                                |
| 36 衛生管理等 | <p>・ 入所者等の使用する施設、食器類又は飲用水の衛生的な管理に努めているか。</p>                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ | 条例1第12条                                                        |
|          | <p>・ 医薬品及び医療機器の管理は適正に行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ | 規則36第12条                                                       |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | ・感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように措置を講じているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ         | 条例35第63条【準用第37条】                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                    | ・食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ         | 規則82第141条【準用第100条】<br>条例36第57条【準用第41条の3】                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                    | ・空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ         | 規則83第133条【準用第89条】                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                    | ・感染対策担当者(看護師が望ましい。)を決めているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         | 施解第5の28                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                    | ・「感染対策委員会」(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)を設置し、概ね3月に1回以上定期的に開催しているか。<br>※ 関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         | 居解第3の9の2(11)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                    | ・「感染対策委員会」の結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ         | 感染防止標準マニュアル (有・無)<br>個別対策マニュアル                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                    | ・「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」を整備しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ         | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌<br><input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 疥癬<br><input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|                    | ・介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的(新規採用時及び年2回以上)に実施しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                    | ・介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための訓練(シミュレーション)を定期的(年2回以上)に実施しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                    | ・介護医療院において、次に掲げる業務を委託する場合は、入所定員の規模に応じ医療法施行規則に準じて行っているか。<br><input type="checkbox"/> 検体検査の業務<br><input type="checkbox"/> 医療機器及又は医学的処置の用に供する衣類その他の繊維製品の滅菌又は消毒の業務<br><input type="checkbox"/> 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第2条第8項に規定する特定保守管理医療機器の保守点検の業務<br><input type="checkbox"/> 診療の用に供するガスの供給設備の保守点検の業務(高压ガス保安法(昭和26年法律第204号)の規定により高压ガスを製造又は消費する者が自ら行わなければならないものを除く。) | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 37 協力医療機関等<br>(施設) | ・入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めているか。<br>協力医療機関<br>名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ         | 規則36第33条                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>協力歯科医療機関を定めるよう努めているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ | 施解第5の29                                                          |
| 38 掲示    | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設内の、入所申込者、入所者又はその家族から見えやすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力医療機関、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。</li> </ul> <p>※ 規定する事項を記載した書面を当該介護医療院に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる</p> <p>※ 居住費等及び食費、苦情に関する相談窓口、処理体制及び手順等の掲示も必要</p>                                   | はい・いいえ | 規則36第34条                                                         |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |        | 規則82第141条【準用第29条】<br>規則83第133条【準用第43条の2】<br>施解第5の30              |
| 39 秘密保持等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設の従業者、従業者であった者又は委託事業者等が、業務上知り得た入所者等又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ | 条例1第15条<br>規則36第35条<br>条例35第63条【準用第11条】                          |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅介護支援事業者等に対して、入所者等に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者等の同意を得ているか。<br/>(サービス提供開始時の包括的同意で可)</li> </ul>                                                                                                                                                                                | はい・いいえ | 規則82第141条【準用第30条】<br>条例36第57条【準用第18条の4】<br>規則83第133条【準用第43条の3】   |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等の個人情報を取り扱うに当たり、利用目的を特定して公表(施設内掲示等)しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ | 個人情報の保護に関する法律第17条及び第18条                                          |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>特定し公表した利用目的を超えて個人情報を取り扱う際には、法令に基づく場合等を除き、本人の同意を得ているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ | 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスについて(平成29.4.14老発0414第1号局長連名通知) |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>要配慮個人情報を取得する際には、法令に基づく場合等を除き、あらかじめ本人の同意を得ているか。</li> </ul> <p>※ 要配慮個人情報とは、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述が含まれる個人情報をいう。</p> <p>個人情報の保護に関する法律施行令第2条<br/>→ 心身の機能の障害、健康診断の結果、診療情報、調剤情報、被疑者又は被告人として刑事手続を受けた事実等</p> | はい・いいえ | 個人情報の保護に関する法律第20条第2項                                             |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等の個人データの安全管理(漏えい等の防止)のための措置を講じているか。</li> </ul> <p>※ 個人データの取扱規程等の策定の有無 (有・無)</p> <p>※ 個人データの事務取扱担当者の明確化の有無 (有・無)</p> <p>※ 個人データを取り扱う機器、電子媒体、書類等の物理的な安全管理措置の有無(施錠できる書庫での保管など)</p>                                                                                           | はい・いいえ | 個人情報の保護に関する法律第23条及び第24条                                          |



|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* 個人データに対するアクセスの制限の有無(IDやパスワード等による認証等) (有・無)</li> <li>* 個人データの取扱状況の分かる記録の保存の有無 (有・無)</li> <li>* その他( ) (有・無)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                      |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人データの取扱いの全部又は一部を外部に委託している場合、委託業者の取扱いが適切に行われているかを定期的に確認しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ・非該当 | 個人情報の保護に関する法律第25条                                    |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者等の特定個人情報(個人番号をその内容に含む個人情報)について、適切に保管しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>* 特定個人情報の保管の有無 (有・無)</li> <li>* 特定個人情報の漏えい防止の措置の有無 (有・無) <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 個人番号の部分のマスキング等の加工等</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ・非該当 | 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律                    |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者等本人に代わって個人番号の記載等を含む行政手続に係る申請等を行う場合、適切に実施しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>* 代理申請の有無 (有・無)</li> <li>* 代理権の確認のための委任状作成の有無 (有・無)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ・非該当 | 施設等における特定個人情報の取扱いについて(平成27.12.17 各局連名事務連絡)           |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の個人番号及び特定個人情報(以下「特定個人情報等」という。)の漏えい、滅失又は毀損の防止等必要かつ適切な安全管理措置を講じているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>* 特定個人情報等の安全管理措置に関する基本方針の策定の有無 (有・無)</li> <li>* 特定個人情報等の取扱規程等の策定の有無 (有・無)</li> <li>* 特定個人情報等の事務取扱担当者の明確化の有無 (有・無)</li> <li>* 特定個人情報等の取扱状況の分かる記録の保存の有無 (有・無)</li> <li>* 特定個人情報等を取り扱う機器、電子媒体、書類等の物理的な安全管理措置の有無(施錠できる書庫での保管など) (有・無)</li> <li>* 就業規則への規定(就業規則の改定)の有無 (有・無) <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 採用時の提出書類、利用目的、服務規律、懲戒事由等の追加</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | はい・いいえ     | 特定個人情報の適正な取扱いに関するガイドライン(事業者編)                        |
| 40 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、当該施設を紹介すること又は特定の事業者によるサービスを利用させ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。また、居宅介護支援事業者又はその従業者から、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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ     | 規則36第36条<br>規則82第141条【準用第32条】<br>規則83第133条【準用第43条の5】 |
| 41 苦情処理                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情に迅速かつ適切に対応するために、次の内容を定めているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 相談窓口</li> <li><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制及び手順等</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ     | 条例1第16条<br>規則36第13条<br>条例35第63条【準用第12条】              |



|                    |                                                                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記の内容は、重要事項説明書に記載するとともに、施設に掲示しているか。</li> </ul> <p>※ 苦情相談窓口の記載、掲示にあたっては、連絡先(住所及び電話番号)も明示すること。</p>                                                    | はい・いいえ         | 規則82第141条【準用第9条】<br>条例36第57条【準用第18条の5】<br>規則83第133条【準用第39条の3】                                                        |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録しているか。</li> </ul>                                                                                                             | はい・いいえ<br>・非該当 | 施解第5の33                                                                                                              |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行っているか。</li> </ul>                                                                                                        | はい・いいえ<br>・非該当 | ※ 記載及び掲示すべき「苦情相談窓口」には、保険者である市町と国保連の相談窓口を含む。                                                                          |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町又は国保連から指導又は助言を受けた場合は、調査に協力するとともに、指導又は助言に従い必要な改善を行っているか。</li> </ul>                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町又は国保連から求めがあった場合に、改善内容を報告しているか。</li> </ul>                                                                                                         | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                                                                      |
| 42 地域との連携          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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地域との交流に努めているか。</li> </ul>                                                                                                | はい・いいえ         | 規則36第37条<br>規則82第141条【準用第120条】<br>規則83第133条【準用第111条】                                                                 |
| 43 事故発生の防止及び発生時の対応 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故発生の防止のための指針」を整備しているか。</li> </ul>                                                                                                                 | はい・いいえ         | 条例1第17条<br>規則36第14条<br>条例35第63条【準用第14条】<br>規則82第141条【準用第10条】<br>条例36第57条【準用第18条の7】<br>規則83第133条【準用第39条の4】<br>施解第5の35 |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が発生した場合等にはその事実が報告され、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。</li> </ul>                                                                                  | はい・いいえ         |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故防止検討委員会」(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)を設置し、定期的に開催しているか。</li> </ul> <p>※ 関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。</p> | はい・いいえ         |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員その他の従業者に対し、事故発生の防止のための研修を定期的(新規採用時及び年2回以上)に実施しているか。</li> </ul>                                                                                  | はい・いいえ         |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記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。</li> </ul> <p>※ 事故防止検討委員会の安全対策を担当する者同一の従業者が務めることが望ましい。</p>                                                           | はい・いいえ         |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者等に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町、入所者等の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じているか。</li> </ul>                                                                      | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                           | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                                                                      |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者等に対する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、</li> </ul>                                                                                                       | はい・いいえ         |                                                                                                                      |
|                    |                                                                                                                                                                                             |                |                                                                                                                      |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                              |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | 損害賠償を速やかに付しているか。<br>※ 損害賠償保険への加入： 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ・非該当   |                                                                                                                                                              |
| 44 高齢者虐待の防止 | <p>・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。</p> <p>※ 関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。</p> <p>※ 施設における実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ | <p>条例1第14条</p> <p>規則36第12条の2</p> <p>施解第5の36</p> <p>条例35第63条【準用第10条の2】</p> <p>規則82第141条【準用第8条の3】</p> <p>条例36第57条【準用第18条の3の2】</p> <p>規則83第133条【準用第39条の2の3】</p> |
|             | <p>・虐待防止のための指針を整備しているか。</p> <p>&lt;項目&gt;</p> <p><input type="checkbox"/> 施設における虐待の防止に関する基本的考え方</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p> | はい・いいえ |                                                                                                                                                              |
|             | ・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(新規採用時及び年2回以上)に実施するとともに、内容について記録しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ |                                                                                                                                                              |
|             | <p>・上記3点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。</p> <p>※ 虐待防止検討委員会の責任者同一の従業者が務めることが望ましい。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ |                                                                                                                                                              |
|             | <p>・従業者に対して、法の概要、介護技術の向上、人権意識啓発等、高齢者虐待に関する研修を実施しているか。</p> <p>令和6年度研修実績</p> <p>(実施日：令和 年 月 日 内容： )</p> <p>(実施日：令和 年 月 日 内容： )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ | 虐待防止法                                                                                                                                                        |
|             | <p>・外部研修を受講させているか。</p> <p>令和6年度受講実績</p> <p>(受講日：令和 年 月 日 内容： )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |                                                                                                                                                              |

[illegible]

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     | <input type="checkbox"/> 介護医療院に勤務する医師及び看護師の氏名<br><input type="checkbox"/> 施設及び構造設備に関する事項<br><input type="checkbox"/> 職員の配置員数<br><input type="checkbox"/> 提供サービスの種類と内容（医療の内容に関するものは除く。）<br><input type="checkbox"/> 利用料の内容<br><input type="checkbox"/> その他県知事の許可を受けた事項   |                                                                              | 第185号）<br>「介護医療院に関して広告できる事項について」（平成30年3月30日老老発0330第1号）                                                                 |
|                                                                     | ・虚偽の広告を行っていないか。                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ<br>・非該当                                                               |                                                                                                                        |
| 48 無料・低額介護医療院利用事業（該当の場合のみ）<br><br>【該当：有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果は選択不要 | ・生計困難者を対象とする費用の減免方法を定めて、これを明示するとともに、本人及び家族に説明しているか。<br><br>・市町社協、民協、民生委員等に対して、事業の内容を周知徹底しているか。<br><br>・生活保護受給者及び施設サービスに要した費用の10%以上の減免を受けた入所者の延数が、入所者の総延数の10%以上であるか。<br><br>生活保護受給者      名（入所者の      %）<br>減免規程適用者      名（入所者の      %）<br>減免方法：                          | はい・いいえ<br><br>はい・いいえ<br><br>はい・いいえ<br><br>はい・いいえ<br><br>はい・いいえ<br><br>はい・いいえ | 社会福祉法第2条<br>「社会福祉法第2条第3項に規定する生活困難者に対して無料又は低額な費用で介護保険法に規定する介護医療院を利用させる事業について」（平成30年2月20日社援発0220第1号、老発0220第1号）           |
| 49 障害者差別解消対策                                                        | ・障害者に対し、不当な差別的取り扱いをしていないか。<br><br>・障害者に対し、合理的な配慮の提供をしているか。<br><br>・「福祉事業者向けガイドライン」について、職員に周知しているか。                                                                                                                                                                      | はい・いいえ<br><br>はい・いいえ<br><br>はい・いいえ                                           | 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律                                                                                                 |
| 50 防犯対策                                                             | ・外部からの不審者の侵入に対する防犯に係る安全確保を行っているか。<br>* 安全確保に関する職員の役割分担の明確化      （有・無）<br>* 来訪者への声掛け      （有・無）<br>* 外部からの人の出入りにつき受付名簿等による確認      （有・無）<br>* 警察等関係機関との連携      （有・無）<br>* 自治会、民生委員等との情報提供体制の整備      （有・無）<br>* 夜間の建物、門、囲障等の施錠の徹底      （有・無）<br>* 不審者対応マニュアルの作成      （有・無） | はい・いいえ                                                                       | 社会福祉施設等における防犯に係る安全の確保について（平成28.9.15雇児総発0915第1号ほか課長連名通知）<br><br>社会福祉施設等における防犯対策チェックリストを活用した自己点検について（平成28.8.18長寿社会第511号） |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |                                                               |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>* 防犯設備(防犯カメラ等)の設置 (有・無)</li> <li>* 防犯用具(さすまた等)の設置 (有・無)</li> <li>* 防犯訓練の実施 (有・無)</li> <li>* その他( ) (有・無)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                                                               |
| 51 労働時間の適正管理 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の労働時間を適正に把握するため、職員の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し記録しているか。</li> <li>* 確認及び記録の方法 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 使用者自ら現認し記録</li> <li><input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録により確認し記録</li> <li><input type="checkbox"/> 自己申告による記録 <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 実際の労働時間と合致しているかの実態調査 (有・無)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>調査頻度: 年 回 確認方法:</li> </ul>                                                                                                                                                                      | はい・いいえ                                                                           | 労働基準法<br>労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン(平成29.1.20厚生労働省策定) |
| 52 電磁的記録等    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法により行っているか。</li> <li>・ 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によって行っているか。 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法</li> <li>② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法</li> </ol> </li> <li>・ 電磁的方法による交付は、基準省令第7条第2項から第6項までの規定に準じた方法により行っているか。</li> <li>・ 電磁的方法による同意は、電子メール等により入所者等が同意の意思表示をしていることが確認できるか。</li> <li>・ 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用しているか。</li> </ul> | はい・いいえ<br>・非該当<br><br>はい・いいえ<br>・非該当<br><br>はい・いいえ<br>・非該当<br><br>はい・いいえ<br>・非該当 | 規則36第47条<br>施解第6の1及び2<br>規則82第204条<br>規則83第193条               |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                      |        |                                                            |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|
| 53 入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び従業員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会 | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性向上に資する取組みの促進を図るため、介護医療院における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催しているか。</li> </ul> <p>※令和9年3月31日までは努力義務。</p> | はい・いいえ | 規則36第37条の2<br>規則82第141条【準用第120条の2】<br>規則83第133条【準用第101条の2】 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|

## 第5 変更の届出等

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 点検結果           | 根拠法令                                                                      |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1 変更許可<br>(施設) | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院開設後の施設及び設備の変更について、県知事の変更許可を受けているか。</li> </ul> <p>【変更許可事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>敷地の面積及び平面図</li> <li>建物の構造概要及び平面図(各室の用途を含む。)</li> <li>施設及び構造設備の概要</li> <li>施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画</li> <li>運営規程(従業者の職種、員数及び職務内容並びに入所定員の増加に係る部分に限る。)</li> <li>協力医療機関</li> </ol>                                                                                                                                             | はい・いいえ<br>・非該当 | 法第107条第2項<br>施行規則第138条第2項                                                 |
| 2 変更届          | <ul style="list-style-type: none"> <li>次に掲げる事項(介護医療院については、上記許可に係る部分を除く)に変更があったときは、10日以内に県へ届け出ているか。</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>施設の名称及び開設の場所</li> <li>開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名</li> <li>開設者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該許可に係る事業に関するものに限る)</li> <li>併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要</li> <li>建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示)並びに設備の概要</li> <li>施設の管理者の氏名、生年月日及び住所</li> <li>運営規程</li> <li>協力医療機関等(協力歯科医療機関含む)の名称及び診療科名並びに当該施設と当該機関等との関係</li> </ol> | はい・いいえ<br>・非該当 | 法第113条<br>施行規則第140条の2の2<br>法第75条<br>施行規則第131条<br>法第115条の5<br>施行規則第140条の22 |



|  |                                                                                                                                            |                |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|
|  | <p>該協力医療機関等との契約の内容</p> <p>⑨ 当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費又は居宅介護サービス費若しくは介護予防サービス費の請求に関する事項</p> <p>⑩ 役員の氏名、生年月日及び住所</p> <p>⑪ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号</p> |                |  |
|  | <p>・介護報酬算定に係る単位数の増加(定員の増加を含む。)又は加算体制の追加をしようとする場合には、変更しようとする月の前月末までに県知事に届け出ているか。(可能な限り前月15日までに提出するよう努めること。)</p>                             | はい・いいえ<br>・非該当 |  |

## 第6 介護給付費の算定及び取扱い

| 点検項目                                    | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 点検結果           | 根拠法令                                         |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----|----|-----|-----|-----------|-----|----------|-----------|--------|
| 1 基本的事項                                 | ・ 費用の額は、介護報酬の告示上の額が算定されているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         | 施費1、2、3<br>居費1、2、3<br>予費1、2、3<br>平27告93      |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
|                                         | ・ 費用の額は、施設が所在する地域区分及びサービス種類に応じた「割合」×10円×「介護給付費単位数表に定める単位数」の金額となっているか。<br>【山口県内の地域区分及び割合(介護医療院・短期療養・予防短期療養)】 <table><tr><td>地域区分</td><td>地域</td><td>割合</td></tr><tr><td>7級地</td><td>周南市</td><td>1014／1000</td></tr><tr><td>その他</td><td>周南市以外の地域</td><td>1000／1000</td></tr></table><br>※ 地域は、令和3年4月1日において当該地域にかかる名称によって示された区域をいい、その後における当該名称又は当該区域の変更によって影響されるものではない。 | 地域区分           |                                              | 地域 | 割合 | 7級地 | 周南市 | 1014／1000 | その他 | 周南市以外の地域 | 1000／1000 | はい・いいえ |
|                                         | 地域区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 地域             |                                              | 割合 |    |     |     |           |     |          |           |        |
| 7級地                                     | 周南市                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1014／1000      |                                              |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
| その他                                     | 周南市以外の地域                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1000／1000      |                                              |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
| ・ 上記金額に1円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てて計算しているか。 | はい・いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                                              |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
| 2 所定単位数の算定                              | ・ 厚生労働大臣が定める施設基準に掲げる区分に従い、入所者等の要介護度等に応じて、所定単位数を算定しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ         | 施費別表4<br>居費別表9<br>予費別表7<br>平27告96の15、68の2、77 |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
| 3 従来型個室における多床室単価の算定                     | ・ 従来型個室に平成17年9月30日時点で入所しており、10月1日以降も引き続き入所する場合は、多床室の報酬単価及び居住費負担額を適用しているか。(ただし、平成17年9月中に特別な室料の支払いをした者を除く。)                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 | 施費別表4の注12、13<br>居費別表9ホ注10<br>予費別表7ホ注11       |    |    |     |     |           |     |          |           |        |
|                                         | ・ 上記の者が10月1日以降、一度退所した後に再入所した場合は、従来型個室の報酬単価及び居住費負担額を適用しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 | 平27告96の21、21の2、68の5、82、82の2<br>施留第2の8(21)    |    |    |     |     |           |     |          |           |        |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <p>・ 次の①～③の場合には、従来型個室に多床室の報酬単価及び居住費負担額を適用しているか。(上記経過措置対象者及び下記該当者以外は、従来型個室で取り扱っているか。)</p> <p>① 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(従来型個室への入所期間が30日以内に限る)</p> <p>② 厚生労働大臣が定める基準(療養室の面積が6.4㎡以下)に適合する従来型個室に入所する者</p> <p>③ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者等の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要と医師が判断</p> <p>※ ①及び③の場合は、医師が判断したことが分かる記録を残すこと。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                                                                                                    |                                                                                                                                |
| 4 夜勤体制による減算及び加算 | <p>・ 療養棟ごとに適切な夜間勤務看護に係る勤務条件基準が算定されているか。<br/>※入所者には短期入所療養介護利用者を含む。</p> <p>① 基準型</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者：看護・介護職員 = 30 : 1以上<br/>(最低2人以上、うち看護職員の数が1人以上であること)</li> </ul> <p>② 加算型Ⅰ(1日につき23単位)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者：看護職員 = 15 : 1以上<br/>(最低2人以上)</li> </ul> <p>③ 加算型Ⅱ(1日につき14単位)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者：看護職員 = 20 : 1以上<br/>(最低2人以上)</li> </ul> <p>④ 加算型Ⅲ(1日につき14単位)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者：看護・介護職員 = 15 : 1以上<br/>(最低2人以上、うち看護職員の数が1人以上であること)</li> </ul> <p>⑤ 加算型Ⅳ(1日につき7単位)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者：看護・介護職員 = 20 : 1以上<br/>(最低2人以上、うち看護職員の数が1人以上であること)</li> </ul> <p>【ユニット型施設の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員又は介護職員が、2ユニットに1人以上</li> </ul> <p>※ 夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。</p> | <p>はい・いいえ</p> <p>算定: <span style="background-color: #f4a460; padding: 2px 10px;">          </span></p> <p>(左の①～⑤から選択)</p> | <p>施費別表4注1、9<br/>居費別表9ホ注1、8<br/>予費別表7ホ注1、7<br/>平12告29の2ハ(1)(2)(3)<br/>平12告29の7の2イ、ロ、ハ<br/>平12告29の9ハ(1)(2)(3)<br/>施留第2の8(5)</p> |

|                    |                                                                                                                                                     |                |                                                                        |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------|
|                    | <p>※1日平均夜勤職員数＝暦月ごとの夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。）における延夜勤時間数 ÷ 当該月の日数×16（小数点第3位以下は切り捨て）</p>                                              |                |                                                                        |
|                    | <p>・夜勤時間帯</p> <p>午後 時 分 ～ 翌日午前 時 分</p>                                                                                                              |                |                                                                        |
|                    | <p>・暦月において、基準を満たさない事態が連続で2日以上、非連続でも4日以上発生した場合は、翌月の入所者等全員について、25単位を所定単位数から減算しているか。</p>                                                               | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                        |
|                    | <p>・一部ユニット型施設については、ユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数をおいていない場合は、全員について、夜勤体制の減算をしているか。（例：ユニット部分は基準を満たし、ユニット以外の部分は満たさない場合、ユニット部分を含めて減算となる。）</p>             | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                        |
| 5 定員超過の場合の取扱い      | <p>・月平均の入所者等の数が入所者の定員を超えた場合は、翌月から解消月まで、入所者等全員について70/100を算定しているか。</p>                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 | <p>施費別表4注1</p> <p>居費別表9ホ注1</p> <p>予費別表7ホ注1</p> <p>平12告27の4ニ、15、18二</p> |
| 6 人員欠如の場合の取扱い      | <p>・医師、薬剤師又は介護支援専門員の配置が基準を満たさない場合は、翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者等全員について、所定単位数の70/100を算定しているか。</p>                                                 | はい・いいえ<br>・非該当 | <p>施費別表4注1</p> <p>居費別表9ホ注1</p> <p>予費別表7ホ注1</p>                         |
| 【届出：有・無】           | <p>・看護職員又は介護職員の配置が基準に満たない場合、1割超の欠如の場合は翌月から、1割以内の欠如の場合は翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、各類型の介護医療院サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数の70/100を算定しているか。</p>         | はい・いいえ<br>・非該当 | <p>平12告27の4ニ、15、18二</p> <p>施留第2の1(5)、3(6-1)、8(6)</p> <p>予留第2の8(5)</p>  |
|                    | <p>・正看比率が20%未満の場合、1割超の欠如の場合は翌月から、1割以内の欠如の場合は翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)(ユニット型介護医療院サービス費(Ⅱ))又はⅠ型特別介護医療院サービス費の90/100の単位数で算定しているか。</p> | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                                        |
| 7 補足給付関係           | <p>・補足給付(特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費)の算定にあたって、居住費等と食費について、それぞれ別々に計算し、合算した額を請求しているか。</p>                                                            | はい・いいえ         | <p>法第51条の3、第61条の3</p>                                                  |
| 【該当：有・無】           | <p>・第1段階から第3段階の者について、居住費等と食費の負担限度額をそれぞれ超えて自己負担を徴収していないか。</p>                                                                                        | はい・いいえ         |                                                                        |
| ※ 該当ない場合は点検結果の欄に記入 |                                                                                                                                                     |                |                                                                        |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------|
| 概結果の選択不要                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補足給付の算定にあたって、基準費用額は、厚生労働大臣が定める金額と第4段階の者に対する徴収金額とどちらか低い方で請求しているか。</li> </ul> <p>例：従来型個室の場合、第4段階の者に対する居住費等の徴収額が仮に1500円と厚生労働大臣が定める額を下回っている場合は、1500円が基準費用額となる。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                                      |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補足給付の算定にあたって、第1～3段階の者からの実際の負担金額が、厚生労働大臣が定める負担限度額を下回っている場合、厚生労働大臣が定める負担限度額との差額を補足給付として請求しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ         |                                                      |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補足給付は、介護報酬本体又は外泊時費用を算定できる日に限って請求しているか。（介護保険請求ができない日に請求していないか。）</li> </ul> <p>注意例：医療保険との関係で退所日に請求できない場合<br/>：利用限度額を超える短期・予防短期利用日（全額自己負担の日）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ         |                                                      |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食費の設定を、一食ごとに分けている場合に、補足給付を適切に算定しているか。</li> </ul> <p>入所者： <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 一食ごと<br/>利用者： <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 一食ごと</p> <p>例：朝食400円、昼食500円、夕食550円で設定している施設の場合、第3段階①の者（負担限度額650円）について</p> <p>① 朝食のみ食した日は、補足給付はなし。（<math>400 - 650 &lt; 0</math>円。なお、入所者等は、400円を全額自己負担する。）</p> <p>② 昼食と夕食を食した日は、<math>500 + 550 - 650 = 400</math>円が補足給付される。</p> <p>③ 三食全てを食した日は、<math>400 + 500 + 550 = 1450 &gt; 1445</math>円なので、<math>1445 - 650 = 795</math>円が補足給付される。</p> | はい・いいえ         |                                                      |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食費の設定は、原則として一食ごとに分けて設定しているか。（短期・予防短期）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         | H24.4月 Q&A(vol.2)問42                                 |
| 8 ユニットケア体制<br>(ユニット型施設) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ある月(暦月)において、ユニットにおける職員の員数が、基準に満たない場合は、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者等全員について97/100を算定しているか。</li> </ul> <p>① 日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置</p> <p>② ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 | 施費別表4注2<br>居費別表9ホ注3<br>予費別表7ホ注2<br>平27告96の16、68の3、78 |
| 9 身体拘束廃止未実施減算           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 次の基準を満たさない事実が生じた場合、その事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数の10/100に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ<br>・非該当 | 施費別表4注3<br>平27告95の100<br>施留第2の8(10)                  |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|
| <p>【届出: 有・無】</p>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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すること。</li> <li>・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。</li> <li>・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</li> <li>・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実施すること。</li> </ul>                                                                                                                                                         | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> |                                                |
| <p>10 安全管理体制未実施減算<br/>(施設)<br/>【届出: 有・無】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・以下の基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、1日につき5単位を所定単位数から減算しているか。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が発生した場合の対応、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。</li> <li>・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すること。</li> <li>・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。</li> <li>・上記3点の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</li> </ul> | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施費別表4注4<br/>平27告95の100の2<br/>施留第2の8(11)</p> |
| <p>11 高齢者虐待防止未実施減算</p>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・次の基準を満たさない事実が生じた場合、入所者全員について所定単位数の1/100に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待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行うことができるものとする。)を定期的開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底すること。</li> <li>・虐待防止のための指針を整備すること。</li> <li>・従業者に対し、虐待防止の研修を定期的実施すること。</li> <li>・上記3点の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</li> </ul>                                                                                       | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施留第2の8(12)</p>                              |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                                                                                            |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>12 業務継続計画未実施減算</p>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>以下の基準を満たしていない場合、入所者全員について所定単位数の3/100に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること。</li> <li>当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること</li> </ul> </div> <p>※和7年3月31日までは、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には減算を適用しない。</p>                                                          | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施留第2の8(13)</p>                                                                                          |
| <p>13 栄養管理に係る減算<br/>(施設)<br/>【届出: 有・無】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>以下に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、1日につき14単位を所定単位数から減算しているか(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>栄養士又は管理栄養士の員数<br/>入所定員100以上の介護医療院にあつては、1以上</li> <li>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わなければならない</li> </ul> </div>                                                                       | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施費別表4注7<br/>平27告95の100の3<br/>施留第2の8(14)</p>                                                             |
| <p>14 療養環境減算<br/>【届出: 有・無】</p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する場合に、療養環境減算として、当該施設基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算しているか。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>療養環境減算(Ⅰ) 25単位</li> <li>療養環境減算(Ⅱ) 25単位</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>【別に厚生労働大臣が定める施設基準】</p> <p>① 療養環境減算(Ⅰ)<br/>介護医療院の療養室に隣接する廊下の幅が、内法による測定で、1.8m未満であること。(両側に療養室がある廊下の場合にあつては、内法による測定で、2.7m未満であること。)</p> <p>② 療養環境減算(Ⅱ)<br/>介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満であること。</p> </div> | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施費別表4注8<br/>居費別表9ホ注7<br/>予費別表7ホ注6<br/>平27告96の19の3、68の4、80の3<br/>施留第2の3(6-1)⑦、8(15)<br/>予留第2の8(5-1)①</p> |



|                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                | <p>※療養環境減算(Ⅰ)については、各療養棟を単位として評価を行うものであり、設備基準を満たす療養棟とそうでない療養棟がある場合には、同一施設であっても、基準を満たさない療養棟において、療養環境減算(Ⅰ)を受けることとなる。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                                                                                              |
| <p>15 若年性認知症入所者受入加算(施設)</p> <p>【届出: 有・無】</p> <p>【算定: 有・無】</p> <p>※算定が「無」の場合、点検結果の選択不要</p>      | <p>・厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして知事に届け出た介護医療院において、若年性認知症入所に対して介護医療院サービスを行った場合には、若年性認知症入所受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>※「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定不可</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、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うこと。</p> </div> <p>※若年性認知症入所者とは、介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって法第7条第3項に規定する要介護者となった入</p> | はい・いいえ           | <p>施費別表4注10</p> <p>平27告95の64</p> <p>施留第2の8(17)【準用第2の2(18)】</p>                                               |
| <p>16 若年性認知症利用者受入加算(短期・予防短期)</p> <p>【届出: 有・無】</p> <p>【算定: 有・無】</p> <p>※算定が「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして県知事に届け出た指定(介護予防)短期入所療養介護事業所において、若年性認知症利用者に対して指定短期入所療養介護を行った場合には、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算しているか。(特定介護医療院短期入所療養介護に係るものについては、1日につき60単位)</p> <p>※「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定不可</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、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うこと。</p> </div>                   | はい・いいえ           | <p>居費別表9ホ注11</p> <p>予費別表7ホ注9</p> <p>平27告95の18</p> <p>施留第2の3(18)【準用第2の2(20)】</p> <p>予留第2の8(9)【準用第2の7(11)】</p> |
| <p>17 外泊時費用(施設)</p> <p>【算定: 有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                  | <p>・入所者に対して外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定しているか。</p> <p>※外泊の初日及び最終日については算定不可</p> <p>・入所者の外泊期間中の空床を、当該入所者の同意を得て短期入所療養介護に活用した場合に、外泊時の費用を算定していないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ<br>はい・いいえ | <p>施費別表4注11</p> <p>施留第2の8(18)【準用第2の5(20)】</p>                                                                |
| <p>18 試行的退所サービスの提供(施設)</p> <p>【算定: 有・無】</p>                                                    | <p>・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、介護医療院が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定しているか。</p> <p>※試行的な退所に係る初日及び最終日は算定不可。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ           | <p>施費別表4注12</p> <p>施留第2の8(19)</p>                                                                            |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| <p>※ 「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                 | <p>※ 外泊時費用を算定している場合は算定不可。</p> <p>・ 試行的退院サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退院して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退院して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討しているか。</p> <p>・ 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施しているか。</p> <p>※ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましい。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導</p> <p><input type="checkbox"/> 家屋の改善の指導</p> <p><input type="checkbox"/> 当該入所者の介助方法の指導</p> <p>・ 試行的退院サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護医療院の介護支援専門員が、試行的退院サービスによる居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成しているか。</p> <p>※ 試行的退院サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならない。</p> <p>※ 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。この場合において外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することは可能。</p> <p>※ 試行的退所期間が終了してもその居宅に退院できない場合においては、介護医療院での療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。</p> | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> |                                |
| <p>10 他科受診時費用（施設）</p> <p>【算定：有・無】</p> <p>※ 「無」の場合、点検結</p> | <p>・ 入所者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該入所者に対し他の病院又は診療所において当該診療が行われた場合は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 専門的な診療科での受診</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>はい・いいえ</p>                             | <p>施費別表4注13<br/>施留第2の8(20)</p> |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| 果の選択不要                               | <input type="checkbox"/> 診療録に診療情報の写しを貼付<br><input type="checkbox"/> 特定診療費のみ算定可<br>※ 特別の関係にある他の医療機関では算定不可                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| 20 初期加算<br><br>(施設)<br><br>【算定: 有・無】 | ・ 入所した日から起算して30日以内の期間について、1日につき30単位を加算しているか。<br>※ 30日間中でも、外泊を行った日は算定不可<br>・ 当該入院患者が過去3月間(ただし、「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者は、過去1月間とする。)の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         | 施費別表4ト<br>施留第2の8(21)【準用第2の6(21)①～③】 |
| ※ 「無」の場合、点検結果の選択不要                   | ・ 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入所した場合は、初期加算は入院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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ<br>・非該当 |                                     |
| 21 退所時栄養情報連携加算                       | ・ 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、介護医療院から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設(以下この注において「医療機関等」という。)に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該者の栄養管理に関する情報を提供したときは、1月につき1回を限度として所定単位数を加算しているか。<br>※ ただし、イからヘまでの注7又は栄養マネジメント強化加算を算定している場合は、算定しない。<br>【厚生労働大臣が定める特別食】<br>厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等第十二号に規定する特別食<br>・ 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及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。) | はい・いいえ         | 施費別表4チ<br>施留第2の8(22)                |
| ※ 「無」の場合、点検結果の選択不要                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ         |                                     |
| 22 再入所時栄養連携加算                        | ・ 介護医療院に入所している者が退所し、病院又は診療所に入院した場合であって、退院した後再度当該介護医療院に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であり、当該介護医療院の管理栄養士が病院又は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ときに、入所者1人に月1回を限度として200単位を算定しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ         | 施費別表4リ                              |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |        |                                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|
| (施設)<br>【算定: 有・無】                               | 【厚生労働大臣が定める特別食】<br>厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等<br>第十二号に規定する特別食<br>・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腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)              |        | 平27告95の65の2<br>施留第2の8(23)【準用第2の5(24)】 |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要                               | ・栄養管理に係る減算を算定している場合に算定していないか。                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ |                                       |
|                                                 | ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ |                                       |
|                                                 | ・介護医療院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。<br><br>※ 指導又はカンファレンスへの同席は、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、当該者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければならない。 | はい・いいえ |                                       |
|                                                 | ・当該栄養計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定しているか。                                                                                                                                                                        | はい・いいえ |                                       |
| 23 退所時指導等加算<br>(施設)<br>ア 退所前訪問指導加算<br>【算定: 有・無】 | ・入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退院に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として当該入所者が退院後生活する居宅を訪問して、退院後の療養上の指導を行った場合に、入所中1回(入所後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は2回)を限度として、退所日に460単位を算定しているか。                                                                 | はい・いいえ | 施費別表4ヌ<br>施留第2の8(24)                  |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要                               | ・入所者が退院後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等(病院・診療所及び他の介護保険施設を除く。以下同じ。)に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも同様に算定しているか。                                                                                               | はい・いいえ |                                       |
|                                                 | ・当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っているか。<br>① 療養上の指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。<br>② 指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。                                                                                                                      | はい・いいえ |                                       |
| イ 退所後訪問指導加算                                     | ・入所者の退所後30日以内に居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、退院後1回を限度として、訪問日に460単位を算定しているか。                                                                                                                                                     | はい・いいえ | 施費別表4ヌ<br>施留第2の8(24)                  |

|                   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                      |
|-------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要 | 【算定：有・無】       | ・入所者が退院後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも同様に算定しているか。                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ |                      |
|                   |                | ・当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っているか。<br>①療養上の指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。<br>②指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |                      |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要 | ウ 退所時指導加算      | ・入所期間が1月を超える入所者が退院し、その居宅において療養を継続する場合、当該入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として、400単位を算定しているか。                                                                                                                                                              | はい・いいえ | 施費別表4又<br>施留第2の8(24) |
|                   | 【算定：有・無】       | <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <b>【退所時指導の内容】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導</li> <li>・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位交換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導</li> <li>・家屋の改善の指導</li> <li>・退所する者の介助方法の指導</li> </ul> </div> | はい・いいえ |                      |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要 |                | ・当該加算の算定に当たっては、次の事項を適切に行っているか。<br>①退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。<br>②指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ |                      |
|                   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                      |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要 | エ 退所時情報提供加算(Ⅰ) | ・入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、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500単位を算定しているか。                                                                                                                                       | はい・いいえ | 施費別表4又<br>施留第2の8(24) |
|                   | 【算定：有・無】       | ・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、別紙様式2及び別紙様式13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。<br><br>※別紙様式2の文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴退所後の治療計画等を示す文書を添付すること。                                                                                   | はい・いいえ |                      |
|                   | オ 退所時情報提供加算(Ⅱ) | ・入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対し                                                                                                                                                                                                                                              |        |                      |



|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>加算(Ⅱ)</p> <p>【算定： 有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                          | <p>く、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、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250単位を算定しているか。</p> <p>・ 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、別紙様式13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。</p>                                                                                                                             |                             |                                                                                                                  |
| <p>カ 退所前連携加算</p> <p>【算定： 有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                      | <p>・ 入所期間が1月を超える入所者が退院し、その居宅において居宅サービスを利用する場合において、当該入所者の退院に先立って当該入所者が利用を希望する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に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退院後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として退所日に500単位を算定しているか。</p> <p>・ 連携を行った日及び連携の要点に関する記録を行っているか。</p>                                                 | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> | <p>施費別表4ヌ<br/>施留第2の8(24)</p>                                                                                     |
| <p>24 共通</p> <p>※ア～オが「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                                       | <p>・ 当該援助及び連携は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>はい・いいえ</p>               | <p>ア～オと同じ</p>                                                                                                    |
| <p>25 訪問看護指示加算</p> <p>(施設)</p> <p>【算定： 有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                        | <p>・ 入所者の退所時に、介護医療院の医師が、診療に基づき、訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)、又は看護小規模多機能型居宅介護(看護サービスを行う場合に限る。)の利用が必要であると認め、当該入所者が選定する訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合(退所する者又はその家族等を介しての交付でも可)、入所者1人につき1回を限度として300単位を算定しているか。</p> <p>・ 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。</p>              | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> | <p>施費別表4ヌ<br/>施留第2の8(24)</p>                                                                                     |
| <p>26 栄養マネジメント強化加算</p> <p>(施設)</p> <p>【届出： 有・無】</p> <p>【算定： 有・無】</p> <p>※「無」がある場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・ 以下の基準に適合するものとして知事に届け出た介護医療院において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき11単位を加算しているか。</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 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こと。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こと。</p> </div> | <p>はい・いいえ</p>               | <p>施費別表4ヲ</p> <p>平27告95の100の4「【準用65の3】<br/>施留第2の8(27)【準用第2の5(28)】</p> <p>管理栄養士氏名：</p> <p>栄養ケア計画の作成<br/>作成職種：</p> |



ロ 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すること。

ハ ロ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こと。

ニ 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こと。

ホ 定員超過、人員基準欠如いずれにも該当しないこと。

※ イに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなす

※ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。

|                                                                                            |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ・ 栄養管理に係る減算を算定している場合に算定していないか。                                                             | はい・いいえ |
| ・ 原則として入所者全員を対象として入所者ごとに、厚生労働大臣が定める基準に掲げる要件を満たした場合に、入所者全員に対して算定しているか。                      | はい・いいえ |
| ・ 低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応としているか。           | はい・いいえ |
| ・ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行っているか。                                      | はい・いいえ |
| <input type="checkbox"/> 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態 |        |

- ☐ 医師   ☐ 管理栄養士  
☐ 歯科医師   ☐ 介護支援専門員  
☐ 看護職員   ☐ その他（ ）

#### 計画内容

- ☐ 栄養補給  
     ☐ 補給方法   ☐ 療養食の適用  
     ☐ エネルギー・たんぱく質・水分の補給量  
☐ 食事の提供に関する事項  
☐ その他  
☐ 栄養食事相談  
☐ 課題解決のための関連職種の分担

#### 説明及び同意の状況

- ☐ 書面にサイン又は押印させている  
☐ 口頭による説明及び同意  
☐ その他（ ）

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                                                     | <p>門員での他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所(入院)する場合は、入所中の栄養管理に関する情報(必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性(嚥下食コード)、食事上の留意事項等)を入所先(入院先)に提供すること。</p> |                                           |                                                        |
|                                                                     | <p>・低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ                                    |                                                        |
|                                                                     | <p>・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。また、サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ                                    |                                                        |
| <p>27 経口移行加算<br/>(施設)</p> <p>【算定: 有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口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って、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を行った場合に1日につき28単位を加算しているか。</p> <p>・経口移行計画は栄養ケア計画と一体的に作成しているか。</p> <p>・経口移行計画を作成し、それに対する入所者又はその家族の同意が得られた日から起算して180日以内の期間に限り、当該入所者ごとに算定しているか。</p> <p>・180日以内でも、経口からの食事の摂取が可能となり経管による栄養の摂取を終了した日又は経口移行がこれ以上進まないと医師が判断した日を過ぎて算</p>                                                                                                                                       | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> | <p>施費別表4ワ<br/>平27告95の66<br/>施留第2の8(28)【準用第2の5(29)】</p> |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                  |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------|
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 180日を超えた期間について経口移行加算を算定する場合は、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要との医師の指示に基づき実施しているか。また、医師の指示は、概ね2週間毎に行われているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                   | はい・いいえ         |                                  |
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じることから、次の点を確認した上で実施しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温、現疾患の病態の安定）</li> <li>② 刺激しなくても覚醒を保っていられること</li> <li>③ 嚥下反射が見られること（唾液嚥下、口腔・咽頭への刺激による喉頭挙上）</li> <li>④ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと</li> </ul> </li> </ul>                    | はい・いいえ         |                                  |
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経口移行加算を180日算定したが、経口摂取に移行できなかった者について、期間を空けて再度経口移行加算の算定を行っているか。<br/>(入所者一人につき、一入院一度のみしか算定できない。)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                  |
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供などがなされているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ         |                                  |
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定員超過、人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)のあった月に算定していないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ         |                                  |
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養管理に係る減算を算定している場合に算定していないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ         |                                  |
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経口維持加算を算定している場合に算定していないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ         |                                  |
| 28 経口維持加算<br>(Ⅰ)、(Ⅱ)<br>(施設)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 以下の基準のすべてを満たしているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 入所者の摂食若しくは嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること</li> <li>② 誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。また、誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること</li> <li>③ ①②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こと</li> <li>④ 定員超過、人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)がないこと</li> </ul> </li> </ul> | はい・いいえ<br>・非該当 | 平27告95の67                        |
| (Ⅰ)<br>【算定：有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果の選択不要 | <p>【経口維持加算(Ⅰ)】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要な者に対して、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に、1月につき400単位を加算しているか。</li> </ul> <p>※ 歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る</p>                                             | はい・いいえ         | 施費別表4カ<br>施留第2の8(29)【準用第2の5(30)】 |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                               |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|
|                                                      | 医師の指導を受けしている場合に限る。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                               |
|                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、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の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行っているか。</li> <li>※会議は、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。</li> <li>※会議等は欠席者があった場合は、終了後情報共有を図ること。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ |                                               |
|                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・作成及び見直しを行った経口維持計画は、対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ |                                               |
|                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・経口移行加算又は栄養管理に係る減算を算定している場合に算定していないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ |                                               |
| (Ⅱ)<br>【算定：有・無】<br>※「無」の場合、点検結果の選択不要                 | <b>【経口維持加算(Ⅱ)】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力歯科医療機関を定め、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(施基第4条第1項第1号に規定する医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士、又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき100単位を加算しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |                                               |
| 29 口腔衛生管理加算<br>(施設)<br>【算定：有・無】<br>※「無」の場合、点検結果の選択不要 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・以下の基準に適合する介護医療院において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)</li> </ul> <p>① 口腔衛生管理加算(Ⅰ)…90単位</p> <p>② 口腔衛生管理加算(Ⅱ)…110単位</p> <p><b>【厚生労働大臣が定める基準】</b></p> <p>(口腔衛生管理加算Ⅰ)</p> <p>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こと。</p> <p>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回以上行うこと。</p> <p>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うこと。</p> <p>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応じ対応すること</p> | はい・いいえ | 施費別表4ヨ<br>平27告95の69<br>施留第2の8(30)【準用第2の5(31)】 |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
|          | <p>⑤ 定員超過、人員基準欠如がないこと</p> <p>(口腔衛生管理加算Ⅱ)</p> <p>① 口腔衛生管理加算Ⅰ基準のいずれにも適合すること。</p> <p>② 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こと。</p>                                                                  |        |        |
|          | <p>・当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上でを行っているか。</p>                                                                                                                                         | はい・いいえ |        |
|          | <p>・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、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作成し、当該施設に提出しているか。</p> <p>なお、当該施設は当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供しているか。</p> | はい・いいえ |        |
|          | <p>・当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等が必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っているか。</p>                                                                                                             | はい・いいえ |        |
|          | <p>・本加算は医療保険で歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月において、訪問歯科衛生指導料が3回以上(令和6年6月以降、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第2歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施するものの場合は、7回以上)算定された場合に口腔衛生管理加算を算定していないか。</p>                          | はい・いいえ |        |
|          | <p>・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。</p> <p>また、サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定(Plan)、当該決定に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行っているか。</p>              | はい・いいえ |        |
| 30 療養食加算 | <p>・基準に適合しているものとして知事に届出を行い、療養食を提供したときは、1</p>                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ | 施設別表4タ |



|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                  |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| (施設)      | 日につき3回を限度として以下のとおり所定単位数に加算しているか。<br>介護医療院 …… 6単位<br>(介護予防)短期入所療養介護 …… 8単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ・非該当<br>非該当の場合、<br>以下の項目は選<br>択不要 | 居費別表9ホ(9)<br>予費別表7ホ(8)<br>施留第2の8(26)【準用第2の5(32)】 |
| 【届出: 有・無】 | ・ 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ                            | 施留第2の3(18)【準用第2の2(21)】                           |
| 【算定: 有・無】 | ・ 入所者等の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事が提供されているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ                            | 予留第2の8(10)【準用第2の7(13)】<br>平27告94の27、74、85        |
| (短期・予防短期) | ・ 疾病治療の直接手段として、主治の医師が発行した食事せんに基づき提供される治療食及び特別な場合の検査食を対象にしているか。<br><input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食(流動食は除く。) <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 貧血食(※1) <input type="checkbox"/> 脾臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食(※2) <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食(潜血食等) <input type="checkbox"/> 心臓疾患等の減塩食(※3)<br>(※1) 対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること<br>(※2) 対象となる入所者等は、空腹時定常状態において次のとおり<br>・ LDL-コレステロール値が140mg/dl以上である者<br>・ HDL-コレステロール値が40mg/dl未満である者<br>・ 血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者<br>(※3) 心臓疾患等の減塩食は、総量6.0g未満の減塩食をいう(高血圧症に対する減塩食は算定不可)<br>※ その他の食事も要件に注意すること。 | はい・いいえ                            | 平27告95の35                                        |
| 【届出: 有・無】 | ・ 利用毎に食事せんが発行されているか。(短期・予防短期)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ<br>・非該当                    |                                                  |
| 【算定: 有・無】 | ・ 療養食加算の食事せんの交付費用を別途徴収していないか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ                            |                                                  |
|           | ・ 食事せんには、次の内容が記載されているか。<br>① 発行医師名<br>② 対象となる疾病の名称<br>③ 具体的な指示の内容<br>④ 指示開始年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ                            |                                                  |
|           | ・ 療養食の献立表が作成されているか。(療養食の献立表として通常の献立とは区分して作成・保存しているか。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ                            |                                                  |
|           | ・ 定員超過、人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)のあった月に算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ                            |                                                  |

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                               |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
|                                                             | 定していないか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                               |
| 31 在宅復帰支援機能加算<br>(施設)<br>【算定: 有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果の選択不要 | <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合に、1日につき10単位を加算しているか。</li> <li>① 入所者の家族との連絡調整を行っていること。</li> <li>② 入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報提供、退院後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。</li> </ul> <div> <b>【厚生労働大臣が定める基準】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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(当該施設での入所期間が1月間を超えていた者に限る。)の割合</li> <li>退所者の退所した日から30日以内に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記</li> </ul> </div> | はい・いいえ         | 施費別表4レ<br>平27告95の91<br>施留第2の8(32)【準用第2の5(36)】 |
| 32 緊急時施設診療費                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに、緊急時治療管理として、1日につき518単位を算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ<br>・非該当 | 施費別表4ツ<br>居費別表9ホ(10)<br>予費別表7ホ(9)             |
| ア 緊急時治療管理<br>(施設)<br>【算定: 有・無】                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>同一の入所者等について、1月に1回、連続する3日を限度として算定しているか。</li> <li>※緊急時治療管理と特定治療とは同時算定不可。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ<br>・非該当 | 施留第2の8(34)、3(6-1)<br>平27告94の28、74の2、86        |
| (短期・予防短期)<br>【算定: 有・無】                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>次の入所者等を対象としているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 意識障害又は昏睡</li> <li><input type="checkbox"/> 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪</li> <li><input type="checkbox"/> 急性心不全(心筋梗塞を含む。)</li> <li><input type="checkbox"/> ショック</li> <li><input type="checkbox"/> 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)</li> <li><input type="checkbox"/> その他薬物中毒で重篤なもの</li> </ul>                                                                                                                                                                    | はい・いいえ<br>・非該当 |                                               |
| イ 特定治療<br>(施設)<br>【算定: 有・無】                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>やむを得ない事情により行われたリハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療について、算定可能な診療項目については、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じた額を算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 |                                               |
| (短期・予防短期)                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>算定できないもの(平27告94の28、74の2、86に規定。具体的な取扱い診療</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                               |

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【算定：有・無】                                                                                  | 報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の取扱いの例による。)について算定していないか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ・非該当           |                                                                                                                                                             |
| 33 認知症専門ケア加算<br>(施設)<br><br>【届出：有・無】<br>【算定：有・無】<br><br>(短期・予防短期)<br>【届出：有・無】<br>【算定：有・無】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして知事に届出を行った施設(事業所)が、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者に対し専門的な認知症ケアを行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)</li> <li>① 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位</li> <li>② 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位</li> </ul> <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>(認知症専門ケア加算Ⅰ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。</li> <li>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人以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。</li> <li>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開催していること。</li> </ul> <p>(認知症専門ケア加算Ⅱ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>加算Ⅰの基準のいずれにも適合すること。</li> <li>認知症介護の指導にかかる専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。</li> </ul> <p>当該施設における介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。</p> </div> <p>※「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指す者とする。</p> | はい・いいえ<br>・非該当 | 施費別表4ネ<br>居費別表9ホ(11)<br>予費別表7(10)<br>施留第2の8(35)【準用第2の5(38)】<br>施留第2の3(19)【準用第2の2(24)①～④、⑥】<br>予留第2の8(11)【準用第2の7(14)】<br>平27告94の28の2、74の3、85の2<br>平27告95の3の2 |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
|                                        | <p>※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計発第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。</p> <p>※「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」は、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。</p> <p>※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |            |
| <p>34 認知症チームケア推進加算</p> <p>【算定：有・無】</p> | <p>・厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、県知事に届出を行った介護医療院が、別に厚生労働大臣が定める者(周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者)に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを提供した場合は、1月につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。</p> <p>(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 150単位<br/>(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 120単位</p> <div> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)<br/>次に掲げる基準のいずれにも適合すること<br/>①施設における入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)<br/>の占める割合が2分の1以上であること。<br/>②認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護の指導に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。<br/>③対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。<br/>④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアに</p> </div> | はい・いいえ | 施留第2の8(36) |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                                         | <p>ついて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。</p> <p>(2)認知症チームケア推進加算(Ⅱ)<br/>次に掲げる基準のいずれにも適合すること<br/>①上記(1)①③④の基準に適合すること。<br/>②認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                          |
|                                                                         | <p>・ また、認知症専門ケア加算（Ⅰ）・（Ⅱ）のいずれかを算定している場合には、算定していないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ                                                                              |                                          |
| <p>35 認知症行動・心理症状緊急対応加算（施設）</p> <p>【算定：有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・ 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護医療院サービス（個室等の療養にふさわしい設備が必要）を行った場合に、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を加算しているか。</p> <p>※「認知症の行動・心理症状」とは認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。</p> <p>・ 本人又は家族の同意を得ているか。</p> <p>・ 医師が判断した当該日又はその次の日に入所した場合に限り算定しているか。</p> <p>・ 入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにしているか。</p> <p>・ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合に算定していないか。</p> <p>① 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者</p> <p>③ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者</p> <p>・ 判断を行った医師は、診療録に症状、判断の内容等を記録しているか。また、施設は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</p> | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> | <p>施費別表4ラ<br/>施留第2の8(37)【準用第2の5(40)】</p> |



|                           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                            |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>※ 「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>(短期・予防短期)</p> <p>【算定：有・無】</p> | <p>介護サービス計画書に記録しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                            |
|                           |                                  | <p>・当該入所者が入所前1月の間に、当該介護医療院に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算(他サービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ |                                                                                            |
|                           |                                  | <p>・医師が、認知症の行動・心理状態が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した者に対し、(介護予防)短期入所療養介護を行った場合は、利用を開始した日から起算した7日を限度として、1日につき200単位を加算しているか。(特定介護医療院短期入所療養介護費に係るものを除く。)</p> <p>※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。</p> <p>※7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。</p> | はい・いいえ | <p>居費別表9ホ注9</p> <p>予費別表7ホ注8</p> <p>施留第2の3(14)【準用第2の2(17)】</p> <p>予留第2の8(8)【準用第2の7(10)】</p> |
|                           |                                  | <p>・本人又は家族の同意を得ているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ |                                                                                            |
|                           |                                  | <p>・医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |                                                                                            |
| 36 緊急短期入所受入加算             | (短期)                             | <p>・次に掲げる者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合に算定していないか。</p> <p>① 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者</p> <p>③ 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者</p>                                                                                                                                  | はい・いいえ |                                                                                            |
|                           |                                  | <p>・判断を行った医師は、診療録に症状、判断の内容等を記録しているか。また、事業所は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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ |                                                                                            |
|                           |                                  | <p>・当該事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、緊急短期入所受入加算として利用を開始した日から起算して7日(利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日)を限度として、1日につき90単位を加算しているか。</p>                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ | <p>居費別表9ホ注10</p> <p>平27告94の25</p> <p>施留第2の3(15)</p>                                        |

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <p>【算定：有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                                           | <p>※「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定不可</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【厚生労働大臣が定める者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状態や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めた者</li> </ul> </div> <p>※本加算の算定対象期間は原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができること。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。</p> <p>・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。</p> <p>・緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化しているか。</p> <p>・空床の有効活用を図る観点から、空床情報を公表するよう努めているか。<br/>公表方法：<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへの情報提供<br/><input type="checkbox"/> その他( )</p> | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> |                                                             |
| <p>37 重度認知症疾患療養体制加算</p> <p>(施設・短期)</p> <p>【届出：有・無】</p> <p>【算定：有・無】</p> <p>※算定が「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして知事に届け出た施設(事業所)において、入所者に対してサービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ1日につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。<br/>(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)</p> <p>(1) 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)</p> <p>ア 要介護1又は要介護2・・・140単位</p> <p>イ 要介護3、要介護4又は要介護5・・・40単位</p> <p>(2) 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>はい・いいえ</p>                             | <p>施費別表4ム</p> <p>居費別表9ホ(12)</p> <p>施留第2の8(38)【準用3(6-1)】</p> |

ア 要介護1又は要介護2・・・200単位

イ 要介護3、要介護4又は要介護5・・・100単位

【別に厚生労働大臣が定める施設基準】

イ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)の基準

- (1) 看護職員の数が、常勤換算方法で、当該介護医療院の入所者等の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、そのうち当該介護医療院における入所者等の数を4をもって除した数(その数が1に満たないときは、1とし、その数に1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。)から当該介護医療院における入所者等の数を6をもって除した数(その数が1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。)を減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。
- (2) 当該介護医療院に専任の精神保健福祉士(精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)第2条に規定する精神保健福祉士をいう。ロにおいて同じ。)又はこれに準ずる者及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ1名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対し介護医療院(短期入所療養介護)を提供していること。
- (3) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前3月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の割合が2分の1以上であること。
- (4) 近隣の精神科病院(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第19条の5に規定する精神科病院をいう。以下この(4)及びロにおいて同じ。)と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院(同法に基づくものに限る。ロにおいて同じ。)させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週4回以上行う体制が確保されていること。
- (5) 届出を行った日の属する月の前3月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

ロ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)の基準

- (1) 看護職員の数、常勤換算方法で、入所者等の数が4又はその端数を増すごとに1以上
- (2) 当該介護医療院に専ら従事する精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び作業療法士がそれぞれ1名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対し介護医療院(短期入所療養介護)を提供していること

平27告96の21の3、68の6

と。

- (3) 60平方メートル以上の床面積を有し、専用の器械及び器具を備えた生活機能回復訓練室を有していること。
- (4) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前3月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから特に介護を必要とする認知症の者の割合が2分の1以上であること。
- (5) 近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週4回以上行う体制が確保されていること。
- (6) 届出を行った日の属する月の前3月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

※ **施設基準イ(3)及びロ(4)**において「入所者等が全て認知症の者」とあるのは、入所者等が全て認知症と確定診断されていることをいう。ただし、入所者については、入所後3箇月間に限り、確定診断を行うまでの間は、MMSEにおいて23点以下の者又はHDS-Rにおいて20点以下の者を含むものとする。短期入所療養介護の利用者については、認知症と確定診断を受けた者に限る。なお、認知症の確定診断を行った結果、認知症でないことが明らかになった場合には、遅滞なく適切な措置を講ずること。

※ **施設基準イ(3)**における認知症の者の割合については、以下の式により計算する。

《届出を行った日の属する月の前3月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb以上に該当する者の延入所者数》 ÷ 《届出を行った日の属する月の前3月における認知症の者の延入所者数》

※ **施設基準ロ(4)**における認知症の者の割合については、以下の式により計算する。

《届出を行った日の属する月の前3月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ以上に該当する者の延入所者数》 ÷ 《届出を行った日の属する月の前3月における認知症の者の延入所者数》

※ **施設基準ロ(3)**における生活機能訓練室は、施解のとおり、機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルーム等と区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えない。また、生活機能回復訓練室については、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合は、他の施設と兼用して差し支えない。

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------|
|                                                                                          | <p>※ 施設基準イ(4)及びロ(5)で規定している医師が診察を行う体制については、連携する近隣の精神科病院に勤務する医師が、当該介護医療院を週4回以上訪問し、入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を行っていること。ただし、老人性認知症疾患療養病棟に規定する病床により構成される病棟を有する病院の当該精神病床の全部又は一部を転換し開設した介護医療院にあつては、当該介護医療院の精神科医師又は神経内科医師が入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を週4回以上行うことで差し支えない。なお、その場合であっても、近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制が確保されている必要がある。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                             |
| <p>38 排せつ支援加算<br/>(施設)<br/>【届出: 有・無】<br/>【算定: 有・無】</p> <p>※ 算定が「無」の場合、<br/>点検結果の選択不要</p> | <p>・ 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして知事に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)</p> <p>① 排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位<br/>② 排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位<br/>③ 排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位</p> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 排せつ支援加算Ⅰ</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>(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、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こと。</p> <p>(2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であつて、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。</p> <p>(3) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。</p> <p>ロ 排せつ支援加算Ⅱ</p> | はい・いいえ | <p>施費別表4ウ<br/>施留第2の8(39)【準用第2の5(42)】</p> <p>平27告95の71の3</p> |



次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 加算Ⅰの基準のいずれにも適合すること。

(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(一) イ(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こと。

(二) イ(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

(三) <sup>イ(1)の</sup>イ(1)の評価の結果、要介護状態の改善が見込まれる者について、施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。

#### ハ 排せつ支援加算Ⅲ

イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

※ 排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算する。

※ 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとにイに掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるもので

※ イ(2)の「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009 改訂版(平成30年4月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。

※ イ(2)の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。

|                                                                                                                                                                                             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ※ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できる。                                                                      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ※ 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できる。                                                                         |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた際に、支援を行って排せつの状態を改善させた場合に加算を算定していないか。                                                                  | はい・いいえ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・イ(1)の評価は、施留別紙様式6を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの3か月後の見込みについて実施しているか。 …A                                                                                                      | はい・いいえ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・イ(1)の施設入所時の評価は、イ(1)から(3)に適合しているものとして知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行っているか。 …B                      | はい・いいえ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・A又はBの評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告しているか。また、医師と連携した看護師がAの評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談しているか。                                                                              | はい・いいえ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・イ(1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。                                                                                                                                                      | はい・いいえ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を施留別添様式6を用いて作成しているか。(なお、支援計画に相当する内容を施設サービスの計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。) | はい・いいえ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| ・要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、Aの評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含み、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加えているか。                                                   | はい・いいえ                         | 要因分析・支援計画の作成にかかわる職種<br><table><tr><td><input type="checkbox"/> 医師</td><td><input type="checkbox"/> 薬剤師</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 看護師</td><td><input type="checkbox"/> 管理栄養士</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 介護支援専門員</td><td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 |
| <input type="checkbox"/> 医師                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 薬剤師   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> 看護師                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> 介護支援専門員                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 理学療法士 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                              |                              |                                |                                  |                                |

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                              | <p>・ 支援計画の作成に当たっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意しているか。また入所者の尊厳が十分保持されるよう留意しているか。</p> <p>・ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行っているか。</p> <p>・ イ(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題(排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施しているか。その際、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用しているか。</p>                                                         | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> | <p><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 作業療法士</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p> |
| <p>39 自立支援促進加算<br/>(施設)</p> <p>【届出: 有・無】<br/>【算定: 有・無】</p> <p>※ 算定が「無」の場合、<br/>点検結果の選択不要</p> | <p>・ 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして知事に届け出た介護医療院が、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合に、1月につき280単位を加算しているか。</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 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3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こと。</p> <p>ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。</p> <p>ハ イ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こと。</p> <p>ニ 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こと</p> </div> | <p>はい・いいえ</p>                             | <p>施費別表4并<br/>平27告95の71の4<br/>施留第2の8(40)【準用第2の5(43)】</p>                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <p>※ 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成 (Plan)、当該支援計画に基づく自立支援の促進 (Do)、当該支援内容の評価 (Check) とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し (Action) といったサイクル (以下「PDCA」という。) の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算する。</p> <p>※ 原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できる。</p>    |        |
| <p>・ 医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定しているか。</p> | はい・いいえ |
| <p>・ イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、施留別紙様式7を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について実施しているか。</p>                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ |
| <p>・ ロの支援計画は、関係職種が共同し、施留別紙様式7を用いて、訓練の提供に係る事項 (離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等) の全ての項目について作成しているか。また、作成にあたっては、イの自立支援に係る医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成し、画一的な支援計画とならないよう留意しているか。</p>                                                                                                                               | はい・いいえ |
| <p>・ 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施しているか。また、その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一</p>   | はい・いいえ |

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                                                                                               | <p>的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。</p> <p><input type="checkbox"/> 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。</p> <p><input type="checkbox"/> リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、イの自立支援に係る医学的評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。</p> <p>・ ロの支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ているか。</p> <p>・ ハの支援計画の見直しについて、支援計画に実施上に当たっての課題(入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)に応じ、必要に応じた見直しを行っているか。また、その際、PDCAの推進及びケアの向上を図る観点から、LIFEへの提出情報とフィードバック情報を活用しているか。</p> <p>・ 大臣基準イの評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。</p> | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> |                                                                |
| <p>40 科学的介護推進体制加算<br/>(施設)</p> <p>【届出: 有・無】</p> <p>【算定: 有・無】</p> <p>※ 算定が「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして知事に届け出た介護医療院が、入所者に対し介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。(ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。)</p> <p>① 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位</p> <p>② 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他</p> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>はい・いいえ</p>                             | <p>施費別表4ノ</p> <p>平27告95の92の2</p> <p>施留第2の8(41)【準用第2の5(44)】</p> |



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------|
|                     | <p>の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、少なくとも3月に1回以上厚生労働省に提出していること。</p> <p>(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1)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こと。</p> <p>ロ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>(1) イ(1)に規定する情報に加えて、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こと。</p> <p>(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イ(1)に規定する情報、(1)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こと。</p> <p>※ 原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できる。</p>                                                                                                    |        |                                                                |
|                     | <p>・ イ(1)及びロ(1)の情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ |                                                                |
|                     | <p>・ 入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、PDCAサイクルにより、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であることから、次のような一連の取組を行っているか。</p> <p>※情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する(Plan)。</p> <p><input type="checkbox"/> サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。</p> <p><input type="checkbox"/> LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。</p> <p><input type="checkbox"/> 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。</p> | はい・いいえ |                                                                |
| 41 安全対策体制加算<br>(施設) | <p>・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして知事に届け出た介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り20単位を加算しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ | <p>施設別表4オ</p> <p>平27告96の68の7</p> <p>施留第2の8(42)【準用第2の5(45)】</p> |
| 【届出: 有・無】           | <p>【厚生労働大臣が定める施設基準】</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| <p>【算定： 有・無】</p> <p>※ 算定が「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                                | <p>イ 介護医療院基準第40条第1項に規定する基準に適合していること。</p> <p>ロ 介護医療院基準第40条第1項第4号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こと。</p> <p>ハ 当該介護医療院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こと。</p>                                                                                                                            |                           |                                   |
|                                                                              | <p>・ 担当者が受講した、安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであるか。</p>                                                                                                                                                                                                | <p>はい・いいえ</p>             |                                   |
|                                                                              | <p>・ 施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備しているか。</p>                                                                                                                                                                                                     | <p>はい・いいえ</p>             |                                   |
| <p>42 送迎体制加算</p> <p>(短期・予防短期)</p> <p>【算定： 有・無】</p> <p>※ 「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>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、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合に、片道につき短期入所療養介護事業所は184単位、介護予防短期入所療養介護事業所は134単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>※ 送迎記録： 有・無</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者名 <input type="checkbox"/> 送迎車と送迎者 <input type="checkbox"/> 施設発着時刻</p>                           | <p>はい・いいえ</p>             | <p>居費別表9ホ注12</p> <p>予費別表7ホ注10</p> |
| <p>43 高齢者施設等感染対策向上加算</p> <p>【算定： 有・無】</p>                                    | <p>・ 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして知事に届出を行った介護医療院が、入所者に対して介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数を加算しているか。</p>                                                                                                                                                                     | <p>はい・いいえ</p> <p>・非該当</p> |                                   |
| <p>(Ⅰ)</p> <p>【算定： 有・無】</p>                                                  | <p>【高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 10単位】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>・ 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。</p> <p>・ 協力医療機関等との間で感染症(新興感染症を除く。)の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。</p> <p>・ 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。</p> | <p>はい・いいえ</p>             | <p>施留第2の8(43)</p>                 |
| <p>(Ⅱ)</p> <p>【算定： 有・無】</p>                                                  | <p>【高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5単位】</p> <p>・ 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。</p>                                                                                                                                                                               | <p>はい・いいえ</p>             | <p>施留第2の8(44)</p>                 |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                   |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
| <p>44 新興感染症等施設療養費</p> <p>【算定：有・無】</p> | <p>・入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護医療院サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定しているか。</p> <p>※R7.6.1時点において、指定されている感染症はない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施留第2の8(45)</p> |
| <p>45 生産性向上推進体制加算</p> <p>【算定：有・無】</p> | <p>・厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院において、入所者に対して介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>ア 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位</p> <p>イ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位</p> <p>【ア 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い及び当該事項の実施を定期的に確認していること。</p> <p>(一) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(三) 介護機器の定期的な点検</p> <p>(四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p> <p>(2) (1)の取組み及び介護機器の活用による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。</p> <p>(3) 介護機器を複数種類活用していること。</p> <p>(4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及び質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。</p> <p>(5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。</p> | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | <p>施留第2の8(46)</p> |
| <p>(Ⅱ)</p>                            | <p>【イ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>はい・いいえ</p>          |                   |

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【算定：有・無】</p>                                                                                                                                             | <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ア(1)に適合していること。</li> <li>(2) 介護機器を活用していること。</li> <li>(3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。</li> </ol> <p>【留意事項】</p> <p>生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知(「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」)を参照すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                                                                     |
| <p>46 サービス提供体制強化加算<br/>(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)<br/>(施設)</p> <p>【届出：有・無】</p> <p>【算定：有・無】</p> <p>(短期・予防短期)</p> <p>【届出：有・無】</p> <p>【算定：有・無】</p> <p>※ 算定が「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・次の基準に適合しているものとして知事に届出を行い、入所者等に対してサービスを行った場合には、1日につき次に掲げる所定単位数を加算しているか。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① サービス提供体制強化加算(Ⅰ) … 22単位</li> <li>② サービス提供体制強化加算(Ⅱ) … 18単位</li> <li>③ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) … 6単位</li> </ol> <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)基準】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 次のいずれかに適合すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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以上であること。</li> <li>・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以上であること。</li> </ul> </li> <li>(2) 提供する介護医療院サービスの質の向上に資する取組を実施して</li> <li>(3) 利用定員、人員基準に適合していること。</li> </ol> <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)基準】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 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以上であること。</li> <li>(2) 利用定員、人員基準に適合していること。</li> </ol> <p>【サービス提供体制強化加算(Ⅲ)基準】</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 次のいずれかに適合すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。</li> </ul> </li> </ol> </div> | <p>はい・いいえ</p> | <p>施費別表4ケ<br/>居費別表9ホ(15)<br/>予費別表7ホ(13)<br/>平27告95の40、100の6、118<br/>施留第2の8(47)【準用第2の2(28)、4の(24)】<br/>施留第2の3(16)<br/>予留第2の8(12)</p> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |         |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。</li> <li>・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以上であること。</li> </ul> <p>(2) 利用定員、人員基準に適合していること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |         |
|            | <p>・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかを算定している場合には、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)を算定していないか。</p> <p>【参考】</p> <p>① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均値を用いる。<br/>ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。</p> <p>② 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。</p> <p>③ ①ただし書きの場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録しておく。</p> <p>④ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数とする。</p> <p>⑤ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。</p> <p>⑥ 当該施設のサービスを入所者等に直接提供する職員とは、下記の職員を指す物とする。</p> <p>(施設)<br/>看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士</p> <p>(短期・予防短期)<br/>看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士</p> <p>⑦ 提供する介護医療院サービスの質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。</p> | はい・いいえ |         |
| 47 介護職員等処遇 | <p>・次の基準に適合しているものとして知事に届け出た施設(事業所)が利用者に</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ | 施費別表4のフ |



|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>改善加算</p> <p>(施設)</p> <p>【届出: 有・無】</p> <p>【算定: 有・無】</p> <p>(短期・予防短期)</p> <p>【届出: 有・無】</p> <p>【算定: 有・無】</p> | <p>対して、サービス提供を行った場合に、下記の区分に応じて加算しているか。</p> <p>イ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)</p> <p>所定単位数(基本サービス費＋加算・減算)の51／1000に相当する単位数</p> <p>ロ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)</p> <p>所定単位数(基本サービス費＋加算・減算)の47／1000に相当する単位数</p> <p>ハ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)</p> <p>所定単位数(基本サービス費＋加算・減算)の36／1000に相当する単位数</p> <p>二 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)</p> <p>所定単位数(基本サービス費＋加算・減算)の29／1000に相当する単位数</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>(一) 当該介護医療院が仮に介護職員等処遇改善加算Ⅳを算定した場合に算定することが見込まれる額の1/2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。</p> <p>(二) 当該介護医療院において、経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等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。</p> <p>(2) 当該介護医療院において、①の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の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処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、知事に届け出ていること。</p> </div> | <p>居費別表9ホ(16)</p> <p>予費別表7ホ(14)</p> <p>施留第二の8(48)【準用第2の2(29)】</p> <p>施留第二の3(22)【準用第2の2(29)】</p> <p>予留第二の8(48)【準用第2の2(29)】</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- (3) 介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。
- (4) 当該介護医療院において、事業年度ごとに当該介護医療院の職員の処遇改善に関する実績を知事に報告すること。
- (5) 算定日が属する月の前十二月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。
- (6) 当該介護医療院において、労働保険料の納付が適正に行われていること。
- (7) 次に掲げる基準のいずれにも基準に適合すること。
  - (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。
  - (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
  - (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
  - (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。
  - (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。
  - (六) (五)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- (8) (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。)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こと。
- (9) (8)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こと。
- (10) 介護医療院サービスにおけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。

ロ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)

イ(1)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

ハ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|
|                      | <p>イ(1)(一)、(2)から(8)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>ニ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)</p> <p>イ(1)(一)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |            |
| 48 関係施設間相互の入退所       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同一敷地内における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)の間で、又は隣接若しくは近接し相互に職員の兼務や施設の共用が行われている介護保険施設等の間で入退所がある場合、退所日は算定していないか。(入所日のみ算定可)</li> <li>・ 同一敷地内にある病院若しくは診療所の医療保険適用病床又は隣接若しくは近接し相互に職員の兼務や施設の共用がある病院若しくは診療所の医療保険適用病床との間の入退所の場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む)は、入退所日ともに算定していないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                              | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> | 施留第2の1(2)  |
| 49 協力医療機関連携加算(Ⅰ)、(Ⅱ) | <p>・ 介護医療院において、協力医療機関(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項本文に規定する協力医療機関をいう。)との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行い、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。</p> <p>(1) 当該協力医療機関が下記①から③の要件を満たす場合<br/>※1月につき50単位</p> <p>(2) それ以外の場合<br/>1月につき5単位</p> <p>【基準第34条第1項第1号から第3号までに規定する要件】</p> <p>(1) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している。</p> <p>(2) 当該介護医療院からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保している。</p> <p>(3) 入所者の病状が急変した場合等において当該介護医療院の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している。</p> | はい・いいえ                                        | 施留第2の8(26) |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| (Ⅰ)<br>【算定:有・無】          | (1) 当該協力医療機関が、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項第1号から第3号までに規定する要件を満たしている場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ |  |
| (Ⅱ)<br>【算定:有・無】          | (2) (1)以外の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |  |
| 50 口腔連携強化加算<br>(短期・予防短期) | 口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行った場合、1月に1回に限り50単位を加算しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ |  |
| 【算定: 有・無】                | <p>【厚生労働大臣が定める基準】</p> <p>イ 事業所の従業員が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。</p> <p>ロ 次のいずれにも該当しないこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他サービスの介護事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。</li> <li>・ 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。</li> <li>・ 当該事業所以外の短期入所生活介護事業所又は他サービスの介護事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。</li> </ul> |        |  |

## 第7 特別診療費

※算定がない場合チェック不要

| 点検項目         | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 点検結果           | 根拠法令                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------|
| 1 県知事への届出の確認 | <p>・ 特定診療費のうち、次のものを算定している場合、県知事に届け出ているか。</p> <p> <input type="checkbox"/> 重症皮膚潰瘍管理指導    <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導    <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> 作業療法    <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法    <input type="checkbox"/> 集団コミュニケーション療法<br/> <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション    <input type="checkbox"/> 精神科作業療法 </p> | はい・いいえ<br>・非該当 | 施費別表4ノ<br>居費別表9ホ(13)<br>予費別表7ホ(11)<br>特費別表第二6、7、9、10、11、12、15、16 |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                                                     | <input type="checkbox"/> その他リハビリ提供体制<br>(理学療法Ⅱ、理学療法Ⅱ(情報活用加算)、摂食機能療法、<br>認知症入所精神療法、理学療法Ⅱ(減算)、短期集中リハビリテーション)                                                                                                                                                                                     |                            | 「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)」(R3.3.31老健局介護保険計画課他連名事務連絡)Ⅰ-資料6 |
| 2 感染対策指導管理<br><br>※ 6単位/日<br><br>【算定: 有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果の選択不要 | ・施設内感染対策委員会が月に1回程度定期的開催されているか。<br>※ 当該委員会は、施設管理者、看護部門、薬剤部門、検査部門、事務部門の各責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること。(各部門の責任者の兼務は可。)<br>※ 施設内感染対策委員会は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができる。                                                                                        | はい・いいえ                     | 特費別表第二の1<br>平12告31の1<br>特留第2の1、第3の1                                |
|                                                                     | ・感染情報レポートが週1回程度作成されているか。                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ                     |                                                                    |
|                                                                     | ・各療養室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されているか。                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ                     |                                                                    |
| 3 褥瘡対策指導管理<br><br>【算定: 有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果の選択不要                | ・専任の医師・看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されているか。<br>・日常生活の自立度ランクB以上に該当する入院患者等について、褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施しているか。<br>・体圧分散式マットレス等を適切に選択し、使用する体制にあるか。(マットレス等は原則施設負担)                                                                                                                                          | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ | 特費別表第二の2<br>平12告31の2<br>特留第2の2、第3の2                                |
|                                                                     | 【褥瘡対策指導管理(Ⅰ)】<br>・「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」(「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について)(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知老健第102—2号)における障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)をいう。)ランクB以上に該当する入所者について、常時褥瘡対策をとっている場合に、利用者等の褥瘡の有無に関わらず、1日につき6単位を算定しているか。<br>※ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましい。 | はい・いいえ<br>・非該当             |                                                                    |
|                                                                     | 【褥瘡対策指導管理(Ⅱ)】<br>・褥瘡対策指導管理(Ⅰ)に係る基準を満たす介護医療院において、以下の①から④までを満たし、多職種の共同により、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)を算定すべき入所者が褥瘡対策を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく褥瘡対策の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた実施計画の見直し(Action)といったサイクル(PDCA)の構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行った場合に1月に                                                     | はい・いいえ<br>・非該当             |                                                                    |



|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                     |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|
|                                        | <p>つき10単位を算定しているか。</p> <p>① 施設入所時及びその後少なくとも3月に1回、特留別添様式3を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについての評価を実施すること。<br/>施設入所時の評価は、新たに本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に入所した者については、当該者の施設入所時における評価を、新たに本加算の算定を開始しようとする月において既に入所している者については、介護記録等に基づいて、施設入所時における評価を行うこと。</p> <p>② 褥瘡対策等に係る情報の提出については、LIFEを用いて行うこと。</p> <p>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褥瘡対策に関する診療計画を作成し、少なくとも3月に1回見直していること。<br/>また、褥瘡対策に関する診療計画の見直しは、褥瘡対策に関する診療計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。その際、PDCAの推進及びサービスの向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。<br/>なお、褥瘡対策に関する診療計画に基づいた褥瘡対策を実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>※ 褥瘡対策に関する診療計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡対策に関する診療計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。</p> <p>④ ①の評価の結果、施設入所時に褥瘡が認められた褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に特留別添様式3を用いて評価を実施するとともに、特留別添様式3に示す持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がないこと。<br/>ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できる。</p> |        |                                     |
| 4 初期入所診療管理(施設)<br>※ 250単位<br>【算定: 有・無】 | <p>・ 医師が入所に際して、診療方針を文書で入所後2週間以内に入所者又はその家族等に説明しているか。(同一施設内の医療機関から入所した場合は算定不可)</p> <p>・ 説明に用いた文書は、入所者又は家族等に交付するとともに、その写しを診療録に貼付しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ | 特費別表第二の3<br>平12告31の3<br>特留第2の3、第3の3 |
| ※ 「無」の場合、点検結果の選択不要                     | <p>・ 入所中1回(入所後6ヶ月以内に診療方針に重要な変更があった場合は2回)を超えて算定していないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ |                                     |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ |                                     |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>過去3月間(認知症ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴは1月間)当該施設へ入所したことがない入所者に限って算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ                               |                                               |
| 5 重度療養管理<br>(短期)<br>※ 125単位/日<br>【算定: 有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果の選択不要     | <ul style="list-style-type: none"> <li>要介護4又は5に該当する者であって、次のいずれかに該当する状態にある利用者に対して、処置を行った日に算定しているか。</li> <li>① 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態</li> <li>② 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</li> <li>③ 中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態</li> <li>④ 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</li> <li>⑤ 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</li> <li>⑥ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態</li> </ul> <p>※ 各状態の具体的内容は、特留第三の4を参照すること。</p> | はい・いいえ                               | 特費別表第二の4<br>平12告31の4<br>特留第2の4、第3の4           |
|                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費明細書の摘要欄に該当する状態(イからへまで)を記載しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ                               |                                               |
|                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>処置を行った日、処置の内容等を診療録に記載しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ                               |                                               |
| 6 特定施設管理<br>※ 250単位/日<br>【算定: 有・無】<br>(個室の場合は300単位/日、2人部屋の場合は150単位/日加算) | <ul style="list-style-type: none"> <li>後天性免疫不全症候群の病原体に感染している入所者等についてのみ算定しているか。(抗体の陽性反応があれば算定可)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ<br>・非該当                       | 特費別表第二の5<br>特留第2の5                            |
|                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>個室又は2人部屋の加算を算定している場合、いわゆる差額ベット料を徴収していないか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当                       |                                               |
| 7 重症皮膚潰瘍管理<br>指導<br>※ 18単位/日<br>【算定: 有・無】<br><br>※「無」の場合、点検結果の選択不要      | <ul style="list-style-type: none"> <li>褥瘡対策指導管理の基準を満たしているか。</li> <li>皮膚科又は形成外科のいずれかを標ぼうしているか。</li> <li>皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っているか。</li> <li>重篤な皮膚潰瘍(Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。)を有している入所者等についてのみ算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ | 特費別表第二の6<br>平12告31の5の2<br>特留第2の6、第3の5         |
|                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するか、治療内容等について診療録に記載しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | はい・いいえ                               |                                               |
| 8 薬剤管理指導<br>※ 350単位/回                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>次に掲げる区分に応じ、当該区分に掲げる薬剤師の数が配置されているか。</li> <li>① 医療機関と併設する介護医療院<br/>常勤換算方法で、2人から当該併設医療機関に基準上必要とされる数を減じた数以上(1人の数が1.5型療養床の利用者等の数を1.5で除いた数</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ                               | 特費別表第二の7<br>平12告31の6<br>平12告32<br>特留第2の7、第3の6 |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                |                |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p>【算定：有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>しし待に叙以上いての叙か、Ⅰ型療養床の利用者等の叙を150で除したに、Ⅱ型療養床の利用者等の叙を300で除した数を加えて得た数に満たないときは、Ⅰ型療養床の利用者等の叙を150で除したに、Ⅱ型療養床の利用者等の叙を300で除した数を加えて得た数以上)</p> <p>② 医療機関と併設しない介護医療院</p> <p>常勤換算方法で、1人以上</p>                              |                |
|                                          | <p>・医薬品情報管理室(調剤所)有し、薬剤師が配置されているか。</p> <p>※医療機関と医療機関と併設する介護医療院にあっては、介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、併設する医療機関の医薬品情報管理室及びそこに配置される薬剤師と兼ねることができる。</p>                                                                        | はい・いいえ         |
|                                          | <p>・週1回に限り、月4回を限度として算定しているか。(間隔は6日以上)</p>                                                                                                                                                                      | はい・いいえ         |
|                                          | <p>・算定日を介護給付費請求明細書の摘要欄に記入しているか。</p>                                                                                                                                                                            | はい・いいえ         |
|                                          | <p>・入所者等毎に作成する薬剤管理指導記録には次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存しているか。</p> <p>入所者等の氏名、生年月日、性別、入所年月日、退所年月日、要介護度、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容(重複投薬、配合禁忌等に関する確認等を含む。)、入所者等への指導及び入所者等からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項</p> | はい・いいえ         |
|                                          | <p>・入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、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た場合に、1月につき20単位を加算しているか。</p>                                                                                                          | はい・いいえ<br>・非該当 |
|                                          | <p>・上記の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。</p>                                                                                                                                                                   | はい・いいえ<br>・非該当 |
|                                          | <p>・サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討(Plan)、当該検討に基づく処方(Do)、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価(Check)、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行っているか。</p>                | はい・いいえ<br>・非該当 |
|                                          | <p>・疼痛緩和のために麻薬の投薬又は注射が行われている入所者等に対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に、1回につき50単位を加算しているか。</p>                                                                                                                                  | はい・いいえ<br>・非該当 |
|                                          | <p>・加算を算定する場合、薬剤管理指導記録に次の事項が記載されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等)</p> <p><input type="checkbox"/> 麻薬に係る利用者等への指導及び相談事項</p>                                                  | はい・いいえ<br>・非該当 |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                    |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|
|                          | <input type="checkbox"/> その他麻薬に係る事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                    |
| 9 医学情報提供<br><br>【算定：有・無】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等の退所時に、当該入所者等の同意を得て、診療状況を示す紹介文書を作成しているか。（当該入所者等から自費を徴収して交付した診断書等、既に診療報酬、公費で評価された意見書等は算定不可）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ | 特費別表第二の8<br>特留第2の8 |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要        | <ul style="list-style-type: none"> <li>紹介文書は入所者等又は紹介先の機関に交付するとともに、写しを診療録に添付しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ |                    |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>以下の区分に応じて、1退院につき1回に限り算定しているか。<br/>               ※医学情報提供（Ⅰ）220単位 次のいずれかに該当する場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>併設型小規模介護医療院である指定（介護予防）短期入所療養介護事業所、介護医療院が、利用者若しくは入所者等の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該入所者等の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合</li> </ul> </li> <li>介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）である指定（介護予防）短期入所療養介護事業所、介護医療院が、利用者若しくは入所者等の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該入所者等の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合</li> <li>※医学情報提供（Ⅱ）290単位 次のいずれかに該当する場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>併設型小規模介護医療院である指定（介護予防）短期入所療養介護事業所、介護医療院が、入所者等の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該入所者等の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合</li> <li>介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）である指定（介護予防）短期入所療養介護事業所、介護医療院が、入所者等の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該入所者等の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合</li> </ul> </li> </ul> | はい・いいえ |                    |
| 10 リハビリテーション（通則）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションの実施に当たって、以下の手順により行っているか。               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 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、入所者等ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。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るものとする。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する。</li> <li>② 入所者等ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施すること。</li> </ol> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ | 特留第2の9(1)          |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------|
|                                     | <p>に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者等の状態を定期的に記録すること。</p> <p>③ 入所者等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すとともに、その内容を入所者等又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>④ 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すること。</p>                                                                                                                                                        |                |                                                     |
| 11 理学療法(Ⅰ)<br>※ 123単位/回             | <p>・専任の医師及び専従する理学療法士がそれぞれ1人以上勤務しているか。(Ⅰ)<br/>(ただし、医療機関と併設する介護医療院の理学療法士については、サービス提供に支障がない場合には、理学療法士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ<br>・非該当 | 特費別表第二の9<br>平12告31の7イ<br>特留第2の9(1)・(2)・(4)・(6)、第3の7 |
| 理学療法(Ⅱ)<br>※ 73単位/回<br><br>【算定：有・無】 | <p>・理学療法室が<br/>介護医療院については100㎡以上、併設型小規模介護医療院については45㎡以上あるか。(Ⅰ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要                   | <p>・訓練を行うための器械、器具を具備しているか。(Ⅰ)<br/>例：<input type="checkbox"/> 各種測定用器具(角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒<br/><input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具<br/><input type="checkbox"/> 各種装具(長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 和室<br/><input type="checkbox"/> 各種日常生活活動訓練用器具</p> | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |
|                                     | <p>・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)は入所者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにしているか。(Ⅰ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |
|                                     | <p>・入所者数が理学療法士を含む従業者の数に対し適切なものであるか。(Ⅰ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |
|                                     | <p>・1人の理学療法士が、1人の入所者等に対して、1対1で、重点的に個別的訓練を行った場合に算定しているか。(Ⅰ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |
|                                     | <p>・1人の従事者が、1人の入所者等に対して、1対1で、個別的訓練を行った場合に算定しているか。(Ⅱ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |
|                                     | <p>・入所者等1人につき個別に20分以上訓練を行っているか。(1日に行われる理学療法が複数回にわたる場合でも、そのうち2回分の合計が20分を超える場合は、1回として算定可)(Ⅰ、Ⅱ)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                     |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師は、運動機能検査をもとに理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成しているか。(Ⅰ)<br/>(ただし、理学療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ<br>・非該当 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師は、開始時及びその後3か月に1回以上入所者等に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載しているか。(Ⅰ)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい・いいえ<br>・非該当 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者等1人につき1日3回(作業療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回)に限り算定しているか。(Ⅰ,Ⅱ)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定しているか。(Ⅰ,Ⅱ)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ<br>・非該当 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき理学療法(Ⅰ)を算定すべき理学療法を行った場合、利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療のために入院・入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院・退所した日又は要介護認定若しくは要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算しているか。(Ⅰ)</li> </ul> <p>※ 利用時に、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他職種の者がリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画を作成し、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ている場合に算定可</p> <p>(※ 作業療法の規定により加算する場合は算定不可)</p> | はい・いいえ<br>・非該当 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算しているか。(Ⅰ,Ⅱ)</li> </ul> <p>※ 理学療法士、作業療法士、看護職員等が利用者に対して、看護職員又は介護職員と共同して、月2回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導(以下「入所生活リハビリテーション管理指導」という。)を行った場合に算定可。また、算定する場合にあつては、入所生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載すること。</p>                                                                                                                               | はい・いいえ<br>・非該当 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|
| <p>(※ 作業療法の規定により加算する場合は算定不可)</p> <p>(※ 当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、理学療法に係る特定診療費の所定単位数は算定不可)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常勤専従の理学療法士を2名以上配置し、理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法を行った場合に、1回につき35単位を加算しているか。（Ⅰ）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                        |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、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場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算している<br/>※作業療法又は言語聴覚療法の規定により加算する場合は算定不可。</li> </ul>                                                                                                                                                                                   | <p>はい・いいえ<br/>・非該当<br/>※非該当の場合、以下の3点の選択不要</p> |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                        |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行っているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                        |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行っているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                        |                 |
| <p>【注7】</p> <p>以下の要件を満たす場合に、1月につき所定単位数に20単位を加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 注6を算定していること。</li> <li>・ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。</li> <li>・ 入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の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、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。</li> <li>・ 共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。</li> </ul> | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                        | <p>特費別表第二の9</p> |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                      |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------|
|                      | ※作業療法の注7又は言語聴覚療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。                                                                                                                                                                                                  |                |                                                      |
| 12 作業療法<br>※ 123単位／回 | ・ 専任の医師及び専従する作業療法士がそれぞれ1人以上勤務しているか。<br>(ただし、医療機関と併設する介護医療院の作業療法士については、サービス提供に支障がない場合には、作業療法士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。)                                                                                                                   | はい・いいえ         | 特費別表第二の10<br>平12告31の7ロ<br>特留第2の9(1)・(3)・(4)・(6)、第3の8 |
| 【算定：有・無】             | ・ 作業療法室が75㎡以上あるか。                                                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         |                                                      |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要    | ・ 療法を行うための器械、器具を具備しているか。<br>例： <input type="checkbox"/> 各種測定用器具(角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 家事用設備<br><input type="checkbox"/> 各種日常生活活動訓練用器具                                                           | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 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)は入所者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにしているか。                                                                                                                                                         | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 入所者数が従業者の数に対し適切なものであるか。                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 1人の作業療法士が、1人の入所者等に対して、1対1で20分以上重点的に個別訓練を行った場合に算定しているか。(1日に行われる作業療法が複数回にわたる場合でも、そのうち2回分の合計が20分を超える場合は、1回として算定可)                                                                                                                          | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 医師は、定期的な作業能力検査をもとに作業療法の効果判定を行い、作業療法実施計画を作成しているか。<br>(ただし、作業療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。)                                                                                                                                             | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 医師は、開始時及びその後3か月に1回以上入所者等に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載しているか。                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 入所者等1人につき1日3回(理学療法及び言語聴覚療法と合わせて1日4回)に限り算定しているか。                                                                                                                                                                                         | はい・いいえ         |                                                      |
|                      | ・ 利用開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の70／100に相当する単位数を算定しているか。                                                                                                                                             | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                      |
|                      | ・ 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき作業療法を算定すべき作業療法を行った場合、利用者が作業療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療のために入院・入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院・退所した日又は要介護認定若しくは要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に400単位を加算しているか。 | はい・いいえ<br>・非該当 |                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>※ 利用時に、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他職種の者がリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画を作成し、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ている場合に算定可</p> <p>(※ 理学療法の規定により加算する場合は算定不可)</p>                                                                                                                                                                                                      |                                                  |
| <p>・ 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算しているか。</p> <p>※ 理学療法士、作業療法士、看護職員等が利用者に対して、看護職員又は介護職員と共同して、月2回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導(以下「入所生活リハビリテーション管理指導」という。)を行った場合に算定可。また、算定する場合にあつては、入所生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその</p> <p>(※ 理学療法の規定により加算する場合は算定不可)</p> <p>(※ 当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、作業療法に係る特定診療費の所定単位数は算定不可)</p> | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                           |
| <p>・ 常勤専従の作業療法士を2名以上配置し、作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、1回につき35単位を加算しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                           |
| <p>・ 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、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場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算しているか。</p> <p>※理学療法又は言語聴覚療法の規定により加算する場合は算定不可。</p>                                                                                                                                                                                                                            | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p> <p>※非該当の場合、以下の3点の選択不要</p> |
| <p>・ 上記の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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                           |
| <p>・ サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成(Plan)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                         | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                           |
| <p>・ 上記の評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね1週間以内、その後おおむね3日ごとに行っている</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                           |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                            | <p>医師が1名以上配置されているか。</p> <p>【注7】<br/>以下の要件を満たす場合に、1月につき所定単位数に20単位を加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・注6を算定していること。</li> <li>・口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。</li> <li>・入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の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、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。</li> <li>・共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。</li> </ul> <p>※理学療法の注7又は言語聴覚療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>はい・いいえ<br/>・非該当</p>                                                              | <p>特費別表第二の10</p>                                         |
| <p>13 言語聴覚療法</p> <p>※ 203単位／回</p> <p>【算定：有・無】</p> <p>※「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・専任の医師が1名以上配置されているか。</p> <p>・常勤専従の言語聴覚士が1人以上配置されているか。<br/>(ただし、医療機関と併設する介護医療院の常勤の言語聴覚士については、サービス提供に支障がない場合には、言語聴覚士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。)</p> <p>・個別療法室(8㎡以上)が1室以上あるか。<br/>※ 言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療法室に該当しない。<br/>※ 車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋であること。</p> <p>・療法を行うための器械、器具を具備しているか。<br/>例：<input type="checkbox"/> 簡易聴カスクリーニング検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音再生装置<br/><input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 各種言語・心理・認知機能検査機器・用具<br/><input type="checkbox"/> 発声発語検査機器・用具 <input type="checkbox"/> 各種診断・治療材料(絵・カード他)</p> <p>・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)は入所者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにしているか。</p> <p>・専用の言語療法室等において、1人の言語聴覚士が、1人の入所者等に対して、1対1で20分以上重点的に個別的訓練を行った場合のみ算定しているか。(1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合でも、そのうち2回分</p> | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> | <p>特費別表第二の11<br/>平12告31の8<br/>特留第2の9(1)・(5)・(6)、第3の9</p> |

|                                                                                                                                                                                             |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| の合計が20分を超える場合は、1回として算定可)                                                                                                                                                                    |                                      |
| ・ 医師は、定期的な言語聴覚能力の検査をもとに言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成しているか。<br>(ただし、言語聴覚療法実施計画をリハビリテーション実施計画に代えることができる。)                                                                                      | はい・いいえ                               |
| ・ 医師は、開始時及びその後3か月に1回以上入所者等に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載しているか。                                                                                                                         | はい・いいえ                               |
| ・ 入所者等1人につき1日3回(理学療法及び作業療法と併せて1日4回)に限り算定しているか。                                                                                                                                              | はい・いいえ                               |
| ・ 利用開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定しているか。                                                                                               | はい・いいえ<br>・非該当                       |
| ・ 常勤専従の言語聴覚士を2名以上配置して言語聴覚療法を行った場合に、1回につき35単位を加算しているか。                                                                                                                                       | はい・いいえ<br>・非該当                       |
| ・ 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、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場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算している<br>※理学療法又は作業療法の規定により加算する場合は算定不可。            | はい・いいえ<br>・非該当<br>※非該当の場合、以下の3点の選択不要 |
| ・ 上記の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。                                                                                                                                                      | はい・いいえ<br>・非該当                       |
| ・ サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成(Plan)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行っているか。 | はい・いいえ<br>・非該当                       |
| ・ 上記の評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行っているか。                                                                                                                  | はい・いいえ<br>・非該当                       |
| 【注5】<br>以下の要件を満たす場合に、1月につき所定単位数に20単位を加算しているか。<br>・注4を算定していること。                                                                                                                              |                                      |

特費別表第二の11



|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                              |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------|
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。</li> <li>・入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の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、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。</li> <li>・共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。</li> </ul> <p>※理学療法の注7又は作業療法の注7の規定により加算する場合はこの限りでない。</p> |        |                                              |
| 14 集団コミュニケーション療法<br>※ 50単位／回  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の常勤医師が1名以上配置されているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ | 特費別表第二の12<br>平12告31の9<br>特留第2の9(1)・(8)、第3の10 |
| 【算定：有・無】<br>※「無」の場合、点検結果の選択不要 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専ら集団コミュニケーション療法を提供する時間帯に勤務する言語聴覚士が1人以上配置されているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |                                              |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団コミュニケーション療法室(8㎡以上)が1室以上あるか。</li> </ul> <p>※ 集団コミュニケーション療法以外の目的で使用するものは集団コミュニケーション療法室に該当しない。ただし、言語聴覚療法における個別療養室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする。</p> <p>※ 車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋であること。</p>                                                                                                                             | はい・いいえ |                                              |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・療法を行うための器械、器具を具備しているか。</li> </ul> <p>例：<input type="checkbox"/> 簡易聴力スクリーニング検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音再生装置<br/> <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 各種言語・心理・認知機能検査機器・用具<br/> <input type="checkbox"/> 発声発語検査機器・用具 <input type="checkbox"/> 各種診断・治療材料(絵・カード他)</p>                                           | はい・いいえ |                                              |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)は入所者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにしているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |                                              |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者等1人につき1日3回に限り算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ |                                              |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団コミュニケーション療法に係る特定診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等言語聴覚機能障害を持つ複数の患者に対し、集団で言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |                                              |
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1人の言語聴覚士が、複数の入所者等に対して、訓練を行うことができる程度の</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい・いいえ |                                              |



|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|
|                                                                                       | <p>の症状の入所者等（めつし、特に集団で行う言語聴覚療法（めぐる集団）コミュニケーション療法が有効であると期待できる入所者等）に対し、言語聴覚士が複数の入所者等に対して訓練を行った場合に算定しているか。（1日に行われる当該療法が複数回にわたる場合でも、そのうち2回分の合計が20分を超える場合は、1回として算定可）</p> <p>※ 同時に行う入所者等数については、その提供時間内を担当する言語聴覚士により、適切な集団コミュニケーション療法が提供できる人数以内に留める必要があり、過度に入所者等数を多くして、患者一人一人に対応できないということがないようにすること。</p>                 | はい・いいえ |                            |
|                                                                                       | <p>・ 医師は、定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに、効果判定を行い、集団コミュニケーション療法実施計画を作成しているか。<br/>（ただし、集団コミュニケーション療法実施計画をリハビリテーション実施計画に代えることができる。）</p>                                                                                                                                                                                       | はい・いいえ |                            |
|                                                                                       | <p>・ 医師は、開始時及びその後3か月に1回以上入所者等に対して当該集団コミュニケーション療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |                            |
| <p>15 摂食機能療法<br/>※ 208単位／日<br/>【算定：有・無】</p> <p>※ 「無」の場合、点検結果の選択不要</p>                 | <p>・ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある入所者等に対して、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に、1月に4回を限度として算定しているか。</p> <p>※ 経口移行加算との同時請求は可能</p> <p>・ 摂食機能療法は、医師又は歯科医師が直接行うか、若しくは医師又は歯科医師の指示の下で言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が行っているか。</p> <p>※ 摂食機能療法に含まれる嚥下訓練については、医師又は歯科医師、医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士に限り行うことが可能。</p> | はい・いいえ | 特費別表第二の13<br>特留第2の9(1)・(9) |
| <p>16 短期集中リハビリテーション<br/>（施設）<br/>※ 240単位／日<br/>【算定：有・無】</p> <p>※ 「無」の場合、点検結果の選択不要</p> | <p>・ 入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に算定しているか。</p> <p>（当該施設の短期入所療養介護から連続して入所した者については、直前の短期入所療養介護の利用開始日から起算・・・初期加算と同じ扱い）</p> <p>ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。</p> <p>・ 1週に概ね3日以上（20分以上／日）の個別リハビリテーションを実施しているか。</p>                   | はい・いいえ | 特費別表第二の14<br>特留第2の9(10)    |

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------|
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期集中リハビリテーションを実施した日のみ算定しているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | はい・いいえ |                                      |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過去3月間に、介護医療院に入所したことがある者について算定していないか。(別の施設であった場合は算定可)</li> </ul> <p>※ ただし、以下の場合には算定可。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者が過去3月間の間に、介護医療院に入所したことがあり、4週間以上の入院後に介護医療院に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者の場合</li> <li>・ 入所者が過去3月間の間に、介護医療院に入所したことがあり、4週間未満の入院後に介護医療院に再入所した場合であって、以下に定める状態である者の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア) 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者</li> <li>イ) 上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靱帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(1肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者</li> </ul> </li> </ul> | はい・いいえ |                                      |
| 17 認知症短期集中リハビリテーション<br>(施設)<br>※ 240単位／日<br>【算定: 有・無】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして県知事に届け出た介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者のうち、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所した日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、1週に3日を限度として所定単位数を算定しているか。</li> </ul> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【別に厚生労働大臣が定める施設基準】</p> <p>① 当該リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>② 入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p> </div>                                                                                                 | はい・いいえ | 特費別表第二の15<br>平12告31の10<br>特留第2の9(11) |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施することを標準としているか。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい・いいえ |                                      |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい・いいえ |                                      |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                     |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------|
|                               | <p>理学療法士等が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定しているか。</p> <p>※ 記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。</p>                                                                                                                          |        |                                                     |
|                               | <p>・当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又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。</p> <p>※ 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リハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。</p>                            | はい・いいえ |                                                     |
|                               | <p>・1人の医師又は理学療法士等が1人の利用者に対して行った場合にのみ算定しているか。</p> <p>※ 利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護医療院サービス費に含まれる。</p>                                                                                                             | はい・いいえ |                                                     |
|                               | <p>・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～25点に相当する者としているか。</p>                                                                                                                            | はい・いいえ |                                                     |
|                               | <p>・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。</p>                                                                                                                                                                                     | はい・いいえ |                                                     |
|                               | <p>・短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、別途当該リハビリテーションを実施した場合に当該リハビリテーション加算を算定しているか。</p>                                                                                                                                                                   | はい・いいえ |                                                     |
|                               | <p>・当該利用者が過去3月間の間に、当該リハビリテーション加算を算定したことがない場合に限り算定しているか。</p> <p>※ ただし、入所者が過去3月間の間に、当該リハビリテーション加算をしたことがあっても、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために医療機関に入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、当該加算を算定することができる。</p> | はい・いいえ |                                                     |
| 18 精神科作業療法                    | <p>・専任の作業療法士が1人以上配置されているか。</p>                                                                                                                                                                                                                    | はい・いいえ | <p>特費別表第二の16<br/>平12告31の11<br/>特留第2の10(1)、第3の11</p> |
| <p>※ 220単位／日<br/>【算定：有・無】</p> | <p>・1人の作業療法士が1人以上の助手とともに当該療法を実施した場合に算定しているか。</p>                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |                                                     |

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                         |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要                                                         | ・ 1人の作業療法士の1日当たりの取扱い入所者等数は、概ね25人を1単位として、3単位75人以内を標準としているか。                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ |                         |
|                                                                           | ・ 実施時間は入所者等1人当たり1日につき2時間を標準としているか。                                                                                                                                                                                                                                  | はい・いいえ |                         |
|                                                                           | ・ 専用の施設の面積が作業療法士1人に対して75㎡を基準としているか。                                                                                                                                                                                                                                 | はい・いいえ |                         |
|                                                                           | ・ 療法を行うための器械、器具を具備しているか。<br>例： <input type="checkbox"/> 手工芸(織機、編機、ミシン、ろくろ等)<br><input type="checkbox"/> 木工(作業台、塗装具、工具等)<br><input type="checkbox"/> 印刷(印刷器具、タイプライター等)<br><input type="checkbox"/> 日常生活動作(各種日常生活動作用設備)<br><input type="checkbox"/> 農耕又は園芸(農具又は園芸用具等) | はい・いいえ |                         |
|                                                                           | ・ 精神科を担当する医師の指示の下に実施しているか。                                                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ |                         |
|                                                                           | ・ 精神科作業療法に要する消耗材料及び作業衣等は、当該介護医療院が負担しているか。(入所者等に負担させていないか。)                                                                                                                                                                                                          | はい・いいえ |                         |
| 19 認知症入所精神療法                                                              | ・ 精神科医師の診療に基づき、対象者ごとに治療計画を作成し、定期的にその評価を行っているか。                                                                                                                                                                                                                      | はい・いいえ | 特費別表第二の17<br>特留第2の10(2) |
| ※ 330単位／週<br>【算定： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無】 | ・ 精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定しているか。(精神科担当医師の1人以上の従事が必要)                                                                                                                                                                          | はい・いいえ |                         |
| ※「無」の場合、点検結果の選択不要                                                         | ・ 1回に概ね10人以内の入所者を対象として、1時間を標準として実施しているか。                                                                                                                                                                                                                            | はい・いいえ |                         |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                         |